

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

JACQUES CROZE

Externe des Hôpitaux de Paris
né le 10 février 1929, à Paris

**Les Tumeurs mixtes
des glandes
sous-maxillaires**

Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 1958

Président M. DECHAUME Professeur

**Les Tumeurs mixtes
des glandes
sous-maxillaires**

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

JACQUES CROZE

Externe des Hôpitaux de Paris
né le 10 février 1929, à Paris

**Les Tumeurs mixtes
des glandes
sous-maxillaires**



Présentée et soutenue publiquement le 18 juin 1958
Président M. DECHAUME Professeur

Cours professionnels
de la Chambre syndicale typographique
94, boulevard Auguste-Blanqui-PARIS-13
1958

A mes parents

*En reconnaissance de tous les sacrifices consentis pour la
poursuite de mes études.*

Qu'ils trouvent ici le témoignage de toute mon affection.

A ma femme

A ma fille

A mes amis



A mon maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECHAUME
Professeur de clinique stomatologique à la Faculté
de médecine de Paris
Stomatologiste des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur
Médaillé militaire.
Croix de guerre 1914-1918

*Nous le prions de croire à nos
hommages les plus respectueux et
le remercions d'avoir accepté la
présidence de cette thèse.*



A mon maître

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ CERNEA

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Stomatologiste de l'hôpital Hérold.

Chevalier de la Légion d'honneur

*Avec toute ma reconnaissance
pour l'aide qu'il m'a apportée
pour la réalisation de cette thèse.*

*Qu'il trouve ici l'expression de
notre très vive gratitude.*



A mon maître

MADAME LE PROFESSEUR AGREGÉ ANDRÉE CHAPUT
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris.
Stomatologiste de l'hôpital Trousseau.
Chevalier de la Légion d'honneur

A mon maître

MONSIEUR LE DOCTEUR THIBAUT
Stomatologiste de l'hôpital Saint-Antoine

A mon maître

MONSIEUR LE DOCTEUR PARANT
Stomatologiste des hôpitaux



A mon maître

MONSIEUR LE DOCTEUR VILENSKI
Stomatologiste de l'Hôpital Lariboisière.

A mon maître

MONSIEUR LE DOCTEUR BARA
Stomatologiste des hôpitaux

A tous mes maîtres
de l'Institut de stomatologie



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Bénard (H), Brocq (P), Bulliard (H), Cadenat (F),
Chabrol (Et), Champy (C), Chevallier (P), Debré (R),
Donzelot (E), Gastinel (P), Guillaïn (G), Halphen (E),
Harvier (P), Hazard (R), Heuyer (G), Laroche (G),
Laubry (Ch), Lemaitre (F), Lévy-Soalal (E), Lhermitte (J),
Lian (C), Loeper (M), Marion (G), Mathieu (P), Mocquot (P),
Mondor (H), Monod (R), Mulon (P), Olivier (E), Richet (Ch),
Strohl (A), Tanon (L), Velter (E).

DOYEN..... Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR..... Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports.....	CHAILLEY-BERT (P.)
Biochimie médicale.....	JAYLE (M.-F.)
Biologie médicale.....	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale.....	BERNARD (J.)
Clinique carcirologique.....	REDON (H.)
Clinique de cardiologie.....	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales : Beaujon.....	SICARD (A.)
Cochin	QUENU (J.)
Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et ortho- pédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire.....	DE CAUDARD- D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie.	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire....	MATHEY (J.)
Clinique de génétique médicale.....	LAMY (M.)
Clinique gynécologique.....	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphi- litiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants.....	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses.....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'en- céphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques.....	HALBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang.....	MARCHAL (J.)
Clinique des maladies du système nerveux... Bichat	ALAJOUANINE (T.) JUSTIN- BESANÇON (L.)

Cliniques médicales : Broussais.....	DE GENNES (L.)
Cochin	MOREAU (R.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thé- rapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.....	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie.....	PETIT- DUTAILLIS (D.)
Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales : Port Royal.....	VARANGOT (J.)
Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique.....	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	AUBIN (A.)
Clinique de pédiatrie sociale.....	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie.....	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile.....	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture.....	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale.	COSTE (F.)
Clinique stomatologique.....	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale.....	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique.....	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale.....	
(chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance..	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive.....	JOANNON (C.)
Médecine légale.....	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du travail.....	DESOILLE (H.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.....	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique.....	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expéri- mentale (chaire à titre personnel).....	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale.....	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.....	GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale.....	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale.....	DOGNON (A.)
Radiologie médicale.....	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.....	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, AGRÉGÉS. ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS.

MM.

Anatomie	{	DELMAS (A.) (m. s. ch.) CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique....	{	GAUTHIER-VILLARS (MLLE P.) pr. s. ch. BUSSEY (F.) GOUYGOU (CH.)

Pathologie chirurgicale:..	{	BARCÂT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLAVEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (O.) OLIVIER (CL.) POILLEUX (F.)
----------------------------	---	---

Anesthésiologie N... N...

Bactériologie	{	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch. det. NEBOT (A.) pr. s. ch. CHRISTAL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (P.)
---------------------	---	---

Biochimie médicale.....	{	ETTORI (J.) pr. s. ch. dét. DESGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (G.)
-------------------------	---	--

Biologie médicale..... BOURLIERE (F.)

Carcinologie N... N...

Dermato- Syphiligraphie... DUPERRAT (B.)

Electro-radiologie N.

Embryologie TUCHMANN-
DUPLESSIS (H.)

Hématologie	N... N...
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. N. N.
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. DÉPARIS (M.) pr. s. ch.
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
Médecine légale.....	CAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M..)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) TAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Pathologie chirurgicale....	THOMERET (G.) VERNE (J.-M.) N... N...
Pathologie expérimentale..	LOEPER (J.) MAURICE (P.)

	HAGUENAU (J.) pi. s. ch.
	BOUDIN (G.)
	BOUVIER (J.-B.)
	BRICAIRE (H.)
	BRISSAUD (H.)
	CASTAIGNE (P.)
	CONTE (M.)
	DEROT (M.)
	DOMART (A.)
Pathologie médicale.....	LAMOTTE (M.)
	LAROCHE (C.-P.)
	MACREZ (CL.)
	MILLIEZ (P.)
	PEQUIGNOT (H.)
	RAMBERT (P.)
	ROYER (P.)
	THIEFFRY (ST.)
	TURIAF (J.)
	WOLFROMM (R.)
	N...
	N...
Pédiatrie	JOSEPH (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKY (CL.)
Pharmacologie	LEVY (MLLE)
	pr. s. ch
	N...
Physiologie	BARJETON (D.)
	pr. s. ch
	PARROT (J.)
	DEJOURS (P.)
	GOUGEROT (L.)
Physique médicale.....	N.
Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT
Psychiatrie infantile.....	N...
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.)
	CHAPUT (MME A.)

Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.)
	{ MADURO (R.)
	{ BRUMPT (L.-C.)
Parasitologie	{ pr. s. ch.
	{ CHABAUD (A.)
	{ RUDLER (J.)
Pathologie chirurgicale.....	{ pr. s. ch. dét.
	{ ABOULKER (P.)
Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	{ PERRAULT (M.)
Urologie	KUSS (R.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE & AGRÉGÉS

Chargés de cours de clinique annexe à titre permanent.

	{ AMELINE IA.J
	{ HUGUIER (J.)
Clinique chirurgicale.....	{ LEGER (L.)
	{ PADOVANI (P.)
	{ ROUX (M.)
Clinique médicale.....	{ DREYFUS (G.)
	{ KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique.....	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale.....	MAYER (M.)
Clinique ophtamologique.....	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique.....	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique.....	BARUK (H.)

Secrétaire général de la Faculté.
Secrétaire

M. MOREL J.
Mlle CHAINTREUIL G.

Conservateur, chargé de la Direc-
tion

M. le Docteur HAHN A.

Conservateurs

Mlle DUMAITRE P.

Mlle GOICHON A.-M.

Bibliothécaires

Mme CONTET J.
Mlle LAURENT H.
Mlle LE NOIR (G.)
Mlle QUIEVREUX E.

Les tumeurs mixtes des glandes sous maxillaires

Observation n° 1 (M. le professeur Cernéa)

Mme TARI MARIE-LOUISE, cinquante trois ans.

En 1933 :

La malade est opérée par voie extra-buccale pour une tumeur du plancher au Val-de-Grâce. La biopsie ne montre pas de lésions cancéreuses, mais la malade est prévenue du risque de récidence.

En 1945 :

Douze ans plus tard elle est opérée à nouveau par voie extra-buccale.

En 1947 :

Nouvelle récidence depuis six mois. La malade présente une tuméfaction du volume d'une mandarine, mamelonnée, très dure, contenue dans le plancher de la bouche et paraissant à la fois sous-muqueuse et sous cutanée.

Pas d'adénopathie.

Séquelles d'interventions antérieures : névralgie linguale et paralysie labiale droite inférieure, petite gêne à la protraction de la langue.

Une radiographie du maxillaire inférieur ne montre aucune image pathologique.

L'intervention est décidée le 25 octobre 1947 : exérèse de cette masse par voie buccale sans grande difficulté.

Compte rendu anatomo-pathologique par M. le professeur Delarue.

« La fixation de la pièce est défectueuse et rend la coloration difficile. L'identification est malaisée mais on peut voir cependant de larges plages d'un stroma mucoïde ou hyalin, avec de rares tubes glandulaires, des cordons grêles, de petites cellules calciques ; des îlots de cellules malpighiennes à centre parakératosique. Il y a donc de quoi se convaincre que c'est

une tumeur mixte ; la prolifération malpighienne y paraît anormalement active, c'est peut-être l'explication des observations cliniques. »

La malade est revue le 2 mars 1948 : son état est satisfaisant puis le 9 novembre 1948 :

On constate l'apparition d'une masse bilobée sous-mentale et sous angulo-maxillaire droite, justifiant un évidement ganglionnaire sous-maxillaire le 21 mars 1949.

Compte rendu opératoire : excrèse de la tumeur dans une loge préalablement évidée.

La pièce opératoire est confiée à M. le professeur Delarue (Histologie P. B. n° 129) qui répond :

L'étude histologique a porté sur différentes régions intéressées par cette pièce opératoire. C'est l'assemblage de multiples nodules grossièrement arrondis, nettement circonscrits, dispersés sans ordre apparent et sans distribution anatomique spéciale parmi les éléments anatomiques normaux. On identifie parmi ceux-ci de larges faisceaux de fibres striées, quelques îlots lymphoïdes qui sont de petits ganglions atrophiques, enfin des lames aponévrotiques, quelques nodules correspondant aux multiples tumeurs perçus cliniquement sont assez volumineux. Mais à côté d'eux se voit une très grande multitude de petits foyers d'essaimage, qui se voient partout sans limites, dispersés dans les muscles aponévrotiques et autour de vaisseaux.

Un très grand polymorphisme s'observe dans la tumeur. Les plus gros nodules sont des blocs fibreux occupés de quelques formations canaliculaires très réguliers dont le revêtement épithélial évolue souvent vers la métaplasie malpighienne.

Mais deux ou trois volumineux nodules et tous les petits sont les éléments d'un épithélioma tubulo-glandulaire avec presque partout évolution vers le type cylindromateux.

D'autre part, sont constitués par quelques travées grêles, de petites cellules en grain d'avoine dispersées dans une substance fondamentale mucoïde.

Il s'agit en somme de la structure typique d'une tumeur mixte c'est-à-dire d'un épithélioma à stroma remanié qui est ici diffusé.

Il n'y a pas besoin de souligner l'intérêt doctrinal de cette constatation.

Une radiographie faite à cette période ne montre aucune lésion pathologique.

En novembre 1950 :

La malade revient pour récidence dans la région sous-mentale.

Un cliché de la mandibule montre alors l'existence d'une petite image de destruction au niveau de la branche horizontale droite dans sa partie moyenne en pleine masse osseuse.

La malade est montrée à M. le professeur Delarue.

En décembre 1950, on lui propose éventuellement une nouvelle exérèse sous-mentale et sous-maxillaire de la masse tumorale et la destruction électro-chirurgicale du foyer mandibulaire.

Le professeur Delarue répond que malgré le caractère redoutable du pronostic, cette attitude est la seule possibilité thérapeutique.

La radiographie confirme le diagnostic et montre une image arrondie pseudo-kystique en pleine branche horizontale.

Le 30 janvier 1951 :

Sous anesthésie locale et deux nargénois, exérèse d'un bloc sous-maxillaire droit et sous-mental.

Le 6 février 1951 :

Electrocoagulation d'une grosse masse au maxillaire inférieur. Le séquestre emporte un morceau de la branche horizontale de deux centimètres.

Compte rendu histologique n° 37 722, par le professeur Delarue :

« Les coupes de ces foyers de récurrence et de métastases récidivées mettent en évidence la simplification du processus tumoral originel ; celui-ci ne se présente plus du tout sous l'aspect d'une tumeur mixte, il est de type absolument homogène et réalise l'aspect d'un cylindrôme en tout point.

« C'est un cylindrôme mucoïde qui prend par place la structure d'un pseudo-cylindrôme hyalin. Il n'est pas question de limites nettes à la périphérie de tous ces foyers tumoraux étudiés ; ceux-ci n'ont pas de contours précis et l'on voit de nombreux petits nodules aberrants inclus dans les faisceaux musculaires striés qui sont englobés dans la pièce opératoire.

« Ces constatations suggèrent deux ordres de réflexion :

« — d'une part on voit que l'évolution des tumeurs mixtes se fait souvent comme nous le savons vers la simplification de la tumeur, c'est l'aspect d'un cylindrôme, fait fréquent dans les tumeurs de la glande sous-maxillaire.

« — d'autre part, l'identification de la structure de la tumeur récidivée, montre que la chirurgie est sans nul doute le seul moyen d'action qui soit valable à l'égard de tel processus tumoral ».

« Les interventions de janvier et février 1951, avaient donc été décidées comme paraissant devoir être la seule chance, bien que tout laissait supposer qu'il existait d'autres localisations osseuses.

Le 21 mars 1952 :

Un cliché radiographique découvre l'existence d'une métastase de l'angle droit du maxillaire inférieur et d'autre part d'une image de décalcification siégeant en pleine branche

horizontale gauche, semblant avoir pris toute la hauteur de l'os.

Le 28 mars 1952 :

Mme Tari est revue par le professeur Delarue, adressée par M: le professeur Cernea dans le but de connaître son opinion à l'égard d'un traitement radiothérapique qui est la seule possibilité. Celui-ci est institué en désespoir de cause.

Le traitement comprend quarante séances :

de 3 400 R par séance et comportant 3 champs :

— 2 sous-maxillaire ;

— 1 sous-mental.

Le traitement est terminé le 6 juin 1952 et est complété par douze séances qui mènent jusqu'en novembre 1952.

Avant le commencement du traitement, il existait une récurrence dans la région sous-maxillaire droite ; une tuméfaction sous-maxillaire gauche, une tuméfaction sous-mentale.

Sous l'action de la radiothérapie, la tuméfaction a beaucoup rétrogradé dans la région sous-mentale. La tuméfaction droite a été peu influencée et s'est stabilisée.

En 1953 :

La radiographie du maxillaire inférieur montre une extension de l'image de l'angle, mais cernée par un liseré bien limité avec au-dessus des petites images aréolaires. A gauche, l'image de destruction osseuse a nettement diminué et les bords paraissent plus nets.

A partir de ce moment l'évolution se fait progressivement et inéluctablement vers l'envahissement global de la mandibule qui se traduit par une augmentation de volume du menton qui peu à peu fait une saillie considérable.

En septembre 1954 :

La radio montre à droite une image cloisonnée, occupant toute la région du maxillaire inférieur à bords relativement nets. A gauche, la branche horizontale est occupée par une vaste lacune cloisonnée, en son centre, bordée en avant par de multiples petites géodes, en imposant à première vue pour une image de tumeur adamantine.

Cette tumeur va s'accroître progressivement pendant les années 1955-1956, avec peu de douleurs, mais avec une gêne fonctionnelle considérable ; la phonation est difficile, la mastication très pénible, obligeant bientôt une alimentation liquide qui entraîne un état général à peu près satisfaisant.

Il se crée une fistule de la pointe du menton en juillet 1955.

Puis une des tumeurs intra-maxillaire s'ouvre dans la bouche du côté gauche, en août 1955.

Des ulcérations apparaissent dans la région de l'angle gauche, à fond bougeonnant, saignant lors du renouvellement des pansements avec écoulement d'un liquide séreux filant.

En août 1956 :

La malade est soumise à l'E. 39, à l'hôpital Hérold, par voie intra-tumorale, sans grand résultat.

En août 1957 :

Les ulcérations sous-mentales et jugales s'étendent. Il se produit des bourgeons à distance (plancher auriculaire). La langue est fixée par une masse tumorale qui l'envahit dans sa totalité.

La tuméfaction mentonnière est encore recouverte d'une peau fine, sillonnée d'un réseau veineux.

Les troubles de la déglutition, de la phonation et la dysphagie sont considérables et la malade décède dans le marasme en janvier 1958.

Des radiographies pratiquées pendant toute cette période, et cette longue évolution ont montré l'intégrité du reste du squelette, et des deux poumons.

En résumé, il s'agit d'une malade :

Opérée en 1933 pour une tumeur mixte sous-maxillaire droite :

— récidive en 1945 ;

— récidive en 1947, confirmée histologiquement par

M. Delarue ;

— récidive sous-maxillaire ;

— récidive sous-mentale en 1948 : M. Delarue répond :

— récidive « épithélioma à stroma remanié diffusé » ;

— en 1951 : récidive sous-mentale, métastases osseuses au maxillaire inférieur droit. Exérèse de la tumeur. Electrochirurgie sur la métastase. M. Delarue répond : cylindrôme ;

— en 1952 : métastase de l'angle droit

branche horizontale gauche

atteinte de la sous-maxillaire gauche.

RADIOTHERAPIE

La malade décède en 1958 : destruction de tout le maxillaire.



Observation n° 2 (M. le professeur Cernéa)

M. CLEMENT, trente huit ans

En 1952 :

Le malade constate une gêne dans la région sous-maxillaire droite. En se rasant il perçoit à la palpation une tuméfaction du volume d'une bille profonde, indolore, n'entraînant par ailleurs aucune manifestation fonctionnelle notable.

En décembre 1953 :

Le malade consulte le professeur Cernéa pour une symptomatologie lithiasique.

La tuméfaction a conservé ses dimensions mais présente de brutales augmentations de volume après les repas :

- visibles par l'entourage,
 - transitoires revenant à son volume initial en quelques heures,
 - toujours indolore, mais s'accompagnant d'une hypersalivation d'une salive claire non purulente.
- A la palpation on perçoit une glande indolore,
- d'aspect kystique,
 - le wharton est normal,
 - les crêtes salivaires également,
 - le plancher est souple.

La radio sans préparation ne décèle aucune image lithiasique. Une sialographie est faite à l'hôpital Cochin par le docteur Grellet qui confirme l'absence de lithiasé, mais montre nettement une image radio claire alors que le reste de la glande est injecté par le lipiodol. Les canaux sont normaux, non hypertrophiés. Cette image fait suspecter la présence d'un processus tumoral.

En janvier 1954 :

On est en présence :

d'une tuméfaction basse, sous-maxillaire droite, presque sous-hyoïdienne gênant le malade à la flexion de la tête, à la déglutition, du volume d'une grosse prune, profonde, dou-

loureuse depuis la sialographie, très mobile sur les plans sous-jacents.

Le revêtement cutané est normal, non adhérent.

Le malade est surveillé de janvier à juin 1954, date à laquelle l'intervention est décidée par le professeur Cernéa, qui extirpe la tumeur, la glande sous-maxillaire droite, par voie extra-buccale.

Pas de complication post opératoire.

La pièce est adressée au docteur Payen, chef de laboratoire de la clinique de stomatologie de la Pitié, qui répond :

« Pièce constituée par une glande sous-maxillaire qui est le siège d'une volumineuse tumeur encapsulée, présentant en son centre des plages mucoïdes, des plages hyalines, des plages pseudo cartilagineuses, et des travées de cellules épithéliales indifférenciées, plus ou moins noyées dans le stroma.

« En périphérie, la glande ne présente que des lésions de différenciation. La topographie est intéressante, car il existe une double enveloppe, et entre les travées, l'aspect est identique à la masse volumineuse.

« Il s'agit d'un épithélioma à stroma remanié, sans aspect cylindromateux, très probablement développé dans deux lobules glandulaires ainsi qu'en témoignent les bandes de sclérose » (Le 12 juillet 1954, docteur Payen n° 688.)

Le malade est surveillé depuis cette date, convoqué et examiné en mars 1958 au moment de la rédaction de cette thèse, il ne présentait pas de récurrence.



Observation n°3 (M. le professeur Cernéa)

M. JANIN, cinquante six ans, GARDIEN DE LA PAIX.

Le malade présente depuis l'âge de six ou sept ans une tuméfaction de la loge sous-maxillaire gauche, de la grosseur d'une noisette, dont il ne s'inquiète pas jusqu'à l'âge de quarante trois ans, date à laquelle la tumeur augmente brusquement de volume.

Il est opéré à la maison de santé des gardiens de la paix, à l'âge de quarante ans, en 1943. Sous anesthésie locale (exérèse de la tumeur).

Le 10 avril 1957 :

Le malade est vu au décours d'un accident évolutif de désinclusion de dent de sagesse par M. le professeur Cernéa qui constate une tuméfaction de la loge sous-maxillaire gauche polylobée, dure, adhérente au bord inférieur du maxillaire inférieur, remontant sur la face externe de la branche horizontale dans la région de l'artère faciale.

Cette masse est mobilisable, mais est déjà partiellement fixée par des ganglions cervicaux. Pas d'anesthésie labio-mentonnière.

Le 30 avril 1957 :

Le malade est opéré par M. le professeur Cernéa, qui pratique un évidemment ganglionnaire sous-maxillaire gauche, avec conservation du filet intérieur du VII.

La pièce comporte une masse sous-maxillaire et deux ganglions du volume d'une noisette, accolés à l'artère faciale.

Suites opératoires banales.

Compte rendu anatomo-pathologique :

« La pièce examinée est constituée par une masse volumineuse, renfermant une glande sous-maxillaire sur tissu fibreux dense, et adhérent à cette masse, un ganglion. Certains lobules de cette glande sont normaux. Par contre d'autres présentent des signes d'une prolifération épithéliale manifestement maligne avec de nombreuses formations tubulées, glanduliformes s'étendant assez loin dans le tissu conjonctif, débordant largement la capsule. Certains de ces éléments néoplastiques glanduliformes sont retrouvés dans le tissu conjonctif cellulo-

graisseux du voisinage, dans le tissu fibro-scléreux. Enfin, il existe des éléments néoplasiques entre les fibres musculaires et dans la formation néoplasique intra-glandulaire.

« L'exérèse passe à distance et il n'a pas été retrouvé d'éléments néoplasiques au voisinage de la section opératoire.

« Il s'agit d'épithélioma glandulaire d'origine salivaire différencié.

Le malade est revu dans un état satisfaisant en juin 1957.

Le 29 novembre 1957, il consulte pour une demi anesthésie labio-mentonnière gauche, et des troubles de la sensibilité au niveau de la gencive gauche.

Un ganglion cervical de la chaîne jugulo-carotidienne gauche est perceptible à la palpation.

Un cliché radiologique du maxillaire inférieur montre une image aréolaire au niveau du canal dentaire. L'image étant très discrète, le malade est revu le 6 décembre avec persistance de l'anesthésie et de l'adénopathie cervicale.

La radio n'est pas modifiée et des clichés en agrandissement sont demandés, mais avant que ceux-ci soient faits, le malade est pris le 18 décembre 1957 de violentes douleurs lombaires en ceinture, exagérées à la marche, calmées par le repos, avec engourdissement de la jambe gauche.

Le malade est alors hospitalisé à Gustave Roussy, où une radiographie du rachis lombaire montre une image aréolaire sur L 4 et un effondrement de L 5.

Des clichés systématiques sont demandés et montrent une absence de métastase au rachis cervical. Mais : plusieurs images nodulaires au niveau des deux poumons.

Le malade est soumis à un traitement radiothérapique.

Localement persistent :

- l'anesthésie labio-mentonnière,
- des ganglions de la chaîne jugulo-carotidienne.

En résumé :

- Petite tuméfaction de la loge sous-maxillaire gauche apparue à l'âge de six ou sept ans.
Exérèse de cette tumeur en 1943.
- Récidive en 1957 sous forme d'un épithélioma glandulaire.
- Puis rapidement en 1958 :
 - métastase au maxillaire inférieur,
 - métastase lombaire.
 - métastase pulmonaire.



Observation n° 4 :

SIMON-PIERRE EMILE THESE, PARIS 1956.

Observation du docteur Dulac Saint-Cloud, 1954.

En 1915 :

Le malade remarque dans la région sous-maxillaire droite une petite grosseur du volume d'une noisette et de consistance dure, indolore spontanément à la pression, et qui ne s'accompagne pas de modification de la peau. Il n'existe aucun ganglion le long du cou.

En 1916 :

Le malade consulte le professeur Quenu à l'hôpital Cochin.

Le diagnostic de tumeur mixte n'est pas posé avec certitude. Le malade reçoit alors pendant six mois des séances de radiothérapie, à raison d'une séance par semaine.

Après ce traitement on ne note aucune modification de la tumeur au point de vue volume,, mais l'apparition de phénomènes douloureux locaux, dûs vraisemblablement à l'action des rayons X.

En novembre 1916 :

Le malade est opéré dans le service du professeur Quenu. Il a été malheureusement impossible de retrouver le compte rendu opératoire (songeons que cette opération remonte à quarante ans et que les suites opératoires sont bonnes). Le malade n'accuse aucun trouble.

En 1921 :

Apparition au niveau de la cicatrice d'une grosseur identique à celle présentée antérieurement. Elle augmente progressivement de volume et atteint en cinq années les dimensions d'une orange.

En 1932 :

Nouvelle intervention par le docteur Chipolian. De cette intervention nous n'avons pas pu obtenir le compte rendu

opératoire, le docteur Chipolian étant décédé et les documents médicaux détruits. Les suites opératoires sont normales.

En 1940 :

Nouvelle évolution progressive d'une tumeur dans la région sous-maxillaire qui augmente de volume régulièrement pour devenir énorme et déformer la lobule de l'oreille.

En 1954 :

Le malade vient consulter le docteur Dulac de l'hôpital de Saint-Cloud, où nous avons l'occasion de l'examiner.

La tumeur siège sous la branche horizontale du maxillaire inférieur droit, forme une saillie disgracieuse au-dessous et en avant de l'angle de la mandibule. De volume considérable, 12 cm sur 9 cm en forme de poire, à grosse extrémité bilobée vers le bas et bosselée.

On perçoit au doigt un sillon qui sépare le bord inférieur de la tumeur de celui du maxillaire.

La peau a conservé un aspect normal, en dehors de la zone cicatricielle et présente une mobilité limitée.

La palpation précise les caractères de cette tumeur.

La mobilité sur les plans profonds est limitée sans doute à cause du volume de la tumeur et des adhérences des précédentes interventions.

La consistance est dure.

La tumeur elle-même semble fournir des nodules ressemblant à des billes très fermes et enchassées dans la masse.

Les mouvements de la mandibule ne sont pas gênés, les mouvements de la peau non plus.

Le toucher buccal montre que le plancher de la bouche est libre et indolore, combiné au palper, permet en mobilisant la glande, de sentir à travers la muqueuse, le pôle inférieur de la glande.

L'orifice du Warthon n'est pas cathétérisable puisque le canal a été sectionné antérieurement.

L'examen de la région cervicale est négatif. Pas de ganglions. Devant ce tableau assez typique, de tumeur mixte, la notion de récurrence après intervention, le caractère particulier de la masse tumorale, son indolence et l'absence de ganglions, le diagnostic de tumeur mixte est posé et l'intervention est décidée. Toutefois des réserves sont faites sur la possibilité d'un début de dégénérescence maligne.

Le 25 juin :

Troisième intervention : incision curviligne en bas en partant de la pointe de la mastoïde et se dirigeant vers l'os hyoïde remontant vers la pointe du menton. Dissection de la tumeur qui adhère à l'aponévrose cervicale superficielle et à la peau au niveau de la cicatrice antérieure et qui est formée de nodosités de la grosseur d'une cerise. On essaie de la disséquer en partant de son bord antérieur et l'on arrive au plan musculaire profond dans lequel il est impossible

de distinguer une région anatomique.

On finit par dégager la poulie de réflexion du digastrique, pour avoir ainsi un point de repère. On ne voit ni l'artère faciale, ni l'artère sous-mentale, ni le XII, et l'on continue à disséquer profondément, en sectionnant souvent des fibres musculaires et on se dirige vers la région carotidienne.

La tumeur est adhérente à la veine jugulaire interne que l'on blesse et que l'on ligature au fil de lin. La carotide est dénudée sur 6 cm. environ et l'on peut terminer l'intervention en libérant la tumeur de ses adhérences au S.C.M.

Une lame de caoutchouc est placée dans la loge sous-maxillaire qui a été bien vidée.

Fermeture de la peau au nylon.

On fait un prélèvement adressé au laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine de Paris qui répond :

« Tumeurs présentant les caractères suivants :

— plages de tissus mycoïde de type conjonctif jeune mésenchymateux ;

— plages de tissu mycoïde de type conjonctif jeune

— plages de tissu osseux irrégulièrement disposés au milieu de l'ensemble de la préparation ;

— plages de tissu glandulaire du type tubulaire ;

— plages de tissu graisseux principalement vers la périphérie.

Cette tumeur ne paraît pas nettement encapsulée. On y trouve des noyaux irréguliers en taille, mais sans caractère de malignité nette. »

Diagnostic : tumeur mixte de la sous-maxillaire risquant de récidiver étant donné le contexte clinique.

Suites opératoires :

Nous avons revu le malade un an après l'intervention. La plaie est parfaitement cicatrisée. La cicatrice est adhérente au plan profond sans rien qui puisse nous faire penser à un nouveau remaniement des tissus. Il s'est installé une légère paralysie de la commissure droite due à l'atteinte de la branche sous-mentale du facial.

Au point de vue général, le malade accuse des bourdonnements d'oreilles, qui sont en rapport avec des troubles sympathiques et circulatoires succédant à la dissection du paquet vasculaire, l'examen O.R.L. n'ayant rien montré.

Il existe une gêne à la mastication, et à la parole, que nous pensons être uniquement dues aux dissections musculaires, les nerfs moteurs n'ayant pas été touchés.



Observation n° 5

Pressa Medica Argentina, 27 mars 1953

Mme L., quarante trois ans, de nationalité allemande, infirmière, vient consulter pour une déformation du cou côté droit.

Apparition, il y a dix huit ans d'une tuméfaction lisse de la grosseur d'un petit pois, qui augmente de grosseur d'année en année, jusqu'à atteindre les dimensions actuelles.

La malade accuse en outre des douleurs survenant particulièrement pendant les journées chaudes et à l'effort, se caractérisant par une irradiation à l'épaule et au bras droit.

Etat actuel de la malade :

Bon état général.

A l'examen on découvre une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite de la taille d'un œuf.

Pas de modification de la peau sus-jacente qui n'est ni tendue, ni brillante, glissant sur les plans profonds ;

Pas de circulation collatérale ;

A la palpation on perçoit une tumeur plus ou moins sphérique de forme irrégulière, de consistance dure, occupant la loge sous-maxillaire ;

Pas de trouble de la salivation, ni de la mastication ;

Pas d'adénopathie ;

Le reste de l'examen est normal.

Antécédents :

Née à terme ;

Développement psycho-moteur normal ;

Mari décédé d'une tuberculose pulmonaire ;

Appendicectomie à Berlin ;

Cholecystectomie à la suite de colliques hépatiques à répétition.

La radio montre que la tumeur est indépendante de la mandibule.

Pas de métastase pulmonaire.

Diagnostic :

Tumeur de la glande sous-maxillaire.

L'extirpation de la glande est décidée et exécutée par le docteur Polischer.

Anesthésie locale.

Incision à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur

de la mandibule avec section des muscles cutanés.

Ligatures des vaisseaux à la soie.

Clivage de la tumeur jusqu'au plan profond sans difficulté. La tumeur fait corps avec la glande sous-maxillaire qui est extirpée en bloc. Mise en place d'un drain.

Suites opératoires :

Analgésie. Antibiotiques le lendemain de l'intervention. On retire le drain le 5^e jour et les points de suture le 6^e.
Anatomo-pathologie :

On distingue deux parties : la glande d'une part et la tumeur de l'autre, qui lui est rattachée par du tissu conjonctif dense. Dimensions : 5 cm $\times$ 3cm.

Consistance dure, élastique. A la coupe, l'aspect lobulé est nettement visible. Des travées se détachent de la capsule et délimitent des lobules.

Microscopiquement : cellules de type épithélial, qui constituent à certains endroits des îlots glandulaires, tandis que d'autres donnent naissance à des cordons multiples unicellulaires. Les cordons s'affinent et les cellules perdent contact entre elles, restant noyées dans une substance mucoïde. Pas de pseudo-cartilage.

Diagnostic :

Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire.



PIERT K.

Observation n° 6

Tumeur mixte de la sous-maxillaire d'une taille exceptionnelle.

Femme de quatre vingt cinq ans. La première manifestation de formation d'une tumeur s'est produite en 1893. Mais comme elle n'éprouvait aucune gêne, la malade n'y attacha aucune importance. Ce n'est que lorsque la tumeur commença à grossir notablement que la malade alla consulter.

En 1941, il s'agissait d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie. On renonça cependant à l'opérer à ce moment-là.

Au cours de l'année suivante, la tumeur augmenta tellement que la malade ne pouvait plus lever la tête à cause du poids de la tumeur. Elle n'avait pas d'étouffement, mais la moitié gauche de la tête était douloureuse. De plus, la malade était extrêmement gênée par la grosseur de la tumeur.

Examen :

Femme de quatre vingt cinq ans, corpulence moyenne. La peau forme des plis sur tout le corps. Les organes internes ne présentent rien de particulier. Au point de vue psychique, la malade est remarquablement vive et alerte pour son âge.

Sous le maxillaire gauche se trouve une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, à surface irrégulière, et reposant en partie sur l'épaule. La tête penche sur le côté, mais conserve sa mobilité. La surface bosselée arrondie, en partie dure et en partie élastique. Elle semble contenir du liquide. Elle présente des noyaux isolés, particulièrement durs, blanchâtres. La tumeur est dans son ensemble mobile dans toutes les directions, mais sur une faible amplitude. La peau est normale à la base du cou, mais s'amincit comme une feuille de papier et devient livide. Le réseau veineux est fortement marqué. La base de la tumeur va du menton à la nuque. On ne sent pas le bord du maxillaire inférieur, le lobule de l'oreille n'est pas soulevé.

Il n'y a pas de lien avec la thyroïde. Il n'y a pas de différence avec le reste de la surface cutanée. Il n'y a aucune

sensibilité à la pression. La cavité buccale ne présente aucune particularité. La salivation est abondante.

La malade et son entourage insistent pour l'intervention qui est décidée le 14 mai 1948. Après anesthésie locale, excision cutanée ovale au sommet de la tumeur, avec conservation d'un grand lambeau cutané pour combler la brèche. La tumeur est bien encapsulée et est facilement clivée dans sa loge. On peut alors saisir à la main le pédicule et le sectionner. Il n'y a pas de lien avec la thyroïde et aucune glande n'apparaît. Hémostase soignée, suture cutanée réalisée sans tension. La suture cutanée est faite au-dessous du maxillaire, et parallèle à son bord. Elle va du milieu du cou jusqu'au cartilage thyroïde. On place alors un petit drain à l'angle. La circulation, ralentie pendant l'intervention est rétablie et la malade supporte bien l'intervention. La tumeur pèse 2 750 grammes. La pièce à la section est blanc jaunâtre, par endroits vitreux, homogène et glaireux.

L'examen histologique trouve : tumeur constituée en grande partie de cellules qui produisent des mucosités. Souvent la mucosité a pris la place de cellules. Il y a également des îlots de cartilage en pleine maturité, et en d'autres endroits la tumeur est très riche en cellules. Les cellules sont polymorphes et à prédominance ronde et à croissance diffuse. La tumeur présente à beaucoup d'égards les caractères d'une tumeur mixte.

La guérison fut sans complication. La plaie cicatrisa par première intention. La malade quitta l'hôpital après 22 jours de traitement avec une cicatrice solide et lisse en bon état général.



Observation n° 7

TUMEUR MIXTE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Parret Mourgues

Mme Léontine, âgée de quarante six ans, est vue à la consultation du centre Maxillo-Facial de l'Hôtel Dieu, pour une tuméfaction sous-maxillaire datant de quelques semaines et d'évolution progressive.

Elle entre dans le service le 12 juin 1951.

Son affection aurait débuté il y a trois mois par un épisode dentaire marqué par des phénomènes douloureux. La malade néglige ses troubles. Depuis quelques mois s'est installée progressivement une tumeur sous-maxillaire peu douloureuse. Cependant, il y a eu récemment atteinte franchement douloureuse accompagnée d'une modification de la salive, qui au dire du sujet, présentait des filets purulents.

Examen clinique :

Cardiaque : souffle systolique de pointe sans propagation ni vibration. Local : tuméfaction sous-angulo maxillaire droite du volume d'un œuf, sans modification de coloration des téguments. De consistance molle, elle est légèrement douloureuse à la pression. Le palper bimanuel confirme les signes précédents et l'on ne note pas de fixité par rapport au cadre osseux.

Il n'y a pas de modification de l'ostium du Wharton, ni de trouble de l'écoulement salivaire.

Etat dentaire défectueux.

Septicité buccale.

Présence de racines infectées.

La palpation cervicale montre des ganglions durs roulant sous le doigt, non douloureux et prédominant à gauche.

Devant ce tableau clinique, on décide toute une série d'examen complémentaires.

FS : R.A.S.

Moelle : forte réaction histo plasmocytaire avec un certain nombre de cellules jeunes, signant un processus malin du tissu réticulaire.

Sialographie : image caractéristique de refoulement du système canaliculaire. Les canaux de tous ordres sont tassés

au pôle postérieur de la glande, décrivant une courbe à concavité antérieure qui cerce de la périphérie de la masse tumorale. L'image glandulaire est très nette et dense. On note une légère dilatation du canal de Wharton dont le diamètre reste d'ailleurs régulier sur tout le trajet.

Intervention : grosse tumeur mixte classique.

Examen histologique : permet par contre d'affirmer qu'il s'agit d'une tumeur mixte de la glande sous-maxillaire avec des formations épithéliales, soit en foyer, soit en travées qui s'effilochent dans le stroma mucoïde.

en certain point cylindrome ébauché.



Observation n° 8

TUMEUR MIXTE DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Arch. Soc. ARG. de Anatomia

Revue de la Soc. M. Argentine 1939

Hôpital : Ramos Mejia. Monsieur J. 31 ans. Italien, peintre

Diagnostic : tumeur mixte de la sous-maxillaire.

Histoire de la maladie :

Apparition il y a 8 ans environ d'une tuméfaction de la région sous-maxillaire droite sans manifestations douloureuses.

Antécédents pathologiques :

Blennorragie ;

Appendicite chronique opérée ;

Amygdalectomie.

Etat actuel de la maladie :

Il s'agit d'un malade qui vient consulter pour une déformation de la région sous-maxillaire droite effaçant le bord inférieur de la mandibule mais respectant les plans superficiels. A la palpation, on sent une tumeur de la grosseur d'une prune, dont on peut distinguer deux parties, une antéro-externe lisse, prolongée par de gros ganglions disposés parallèlement au bord inférieur du maxillaire, l'autre postéro-interne indurée, irrégulière, muriforme, parfaitement retrouvée à la palpation endo-buccale, sous forme d'un prolongement qui atteint le pilier antérieur de l'amygdale, l'angle du maxillaire et borde la partie inférieure de la parotide.

La tumeur n'est entourée d'aucune gangue inflammatoire, l'orifice du Wharton est entrouvert, congestionné, comme turgescent.

Les autres glandes salivaires sont normales.

L'opération est décidée le 25 mai 1937 par le Docteur Wybert.

Anesthésie locale.

Incision courbe partant de la ligne médiane jusqu'à l'angle de la mâchoire et descendant jusqu'au niveau de l'os hyoïde.

Grande vascularisation des plans cutanés.

On trouve un plan de clivage facile permettant le décollement de la tumeur de son lit pharyngé. A la fin, la tumeur

reste collée au VII par son bord postérieur et inférieur et au Wharton par sa partie antérieure. Le prolongement postérieur induré se luxe au doigt et ressemble en partie à de l'os et en partie à du cartilage.

Ligature de la faciale avec de la soie.

On laisse un drain de caoutchouc.

On ferme soigneusement les plans cutanés.

Suites post-opératoires :

Au 5^e jour on retire le drain ;

Bonne cicatrisation.

Compte rendu histologique :

Microscopiquement, on distingue deux parties :

Une glande sous-maxillaire normale ;

Une tumeur irrégulière ovoïde, encapsulée, mamelonnée, l'union des éléments se faisant par du tissu cellulaire lâche qui contient des vaisseaux et des fibres plus denses.

Au toucher, les différents mamelons et lobules apparaissent de consistance variable, dans l'ensemble, très dure. Certains conservent une certaine élasticité, alors que d'autres offrent une résistance de pierre.

Les coupes de la glande permettent de voir des lobules normaux de celle-ci.

Pour l'examen de la glande, on est obligé de faire appel à des procédés de coupe spéciaux, en raison de la dureté des nodules intra-tumoraux.

L'examen de ces préparations montre, outre les nodules de consistance osseuse, des zones étendues de tissu d'aspect hétérogène, où prédominent un aspect translucide myxochondroïde.

Etude microscopique :

Procédé habituel ;

Décalcification osseuse par acide nitrique ;

Inclusion de la paraffine.

Les coupes faites en différents endroits de la tumeur montrent :

Des zones de formation glandulaire banale ;

Des zones chondroïnes étendues, avec des aspects divers ;

Des trabécules osseuses rappelant l'architecture de l'os spongieux, limitant des cavités qui semblent pleines d'une moelle osseuse pauvre en éléments cellulaires.

Toutes ces coupes étudiées dans ces conditions montrent que ces formations glandulaires se transforment en cordons minces quand ils entrent en contact avec les parties chondroïdes et finissent par se terminer dans ces espaces en donnant des images de transition entre les éléments épithéliaux et les éléments mésenchymateux.

Diagnostique : Tumeur mixte se développant au voisinage de la glande sous maxillaire. A ces formations glandulaires s'ajoutent des portions de cartilage élastique et des zones d'os spongieux.

Observation n° 9

OBSERVATION DU PROFESSEUR TERARCOL de Montpellier

Le 23 septembre 1951, un militaire de 22 ans entre dans le service d'O.R.L. et Maxillo-facial de Montpellier.

Son histoire est la suivante :

Trois ans auparavant, il avait découvert par hasard, au-dessous de la mâchoire inférieure gauche, une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette indolore, mobile, n'occasionnant aucune gêne. Il lui semble que dans les mois suivants cette tuméfaction augmente de volume lentement mais progressivement, cependant il ne s'inquiète pas d'avantage.

En avril, 1950 il est incorporé, et près d'un an plus tard, la tumeur atteint le volume d'une noix. Le médecin consulté fait hospitaliser le malade avec le diagnostic de « adénite sous-maxillaire chronique ».

Le malade entre alors dans le service.

A ce moment sous le bord du maxillaire inférieur gauche, un peu en avant de l'angle, en pleine région sous-maxillaire, on constate, recouvert par une peau normale une tumeur du volume d'une grosse noix, parfaitement mobile, non adhérente à la peau non plus qu'aux plans profonds.

La mobilisation d'avant en arrière et de haut en bas est facile. La tumeur est indolore spontanément et à la palpation. Sa surface est lisse, sa consistance est uniformément dure.

Il semble que l'on puisse écarter le lithiasé car la palpation du Wharton ne permet pas de percevoir de masse enclavée et la radio de la 1/2 mandibule gauche ne montre pas d'ombre attribuable à un calcul.

D'autre part les antécédents et les signes cliniques n'orientent pas particulièrement vers la bacillose, pas plus que la radiographie pulmonaire qui montre seulement une exagération des ombres broncho-pulmonaires sans lésions parenchymateuses.

L'examen complet ne montre rien qui puisse expliquer une adénite secondaire.

En somme, dans l'incertitude étiologique où l'on est, au sujet de cette tumeur sous-maxillaire, l'intervention est décidée, et le 24 septembre 1951, sous anesthésie générale.

le professeur Teracol extirpe la totalité de la glande sous-maxillaire et de la masse tumorale.

L'histologie révèle l'existence d'une tumeur mixte de la glande sous-maxillaire.

Les suites opératoires sont bonnes et l'on obtient une cicatrice sous-maxillaire un peu indurée dans sa partie la plus antérieure mais satisfaisante du point de vue esthétique.



Observation n° 10

OBSERVATION DU DOCTEUR BILLET

Hôpital Marmottan

Mme Marie-Madeleine, cinquante neuf ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital Marmottan, pour une tuméfaction de la loge sous-maxillaire gauche.

Histoire de la maladie :

Apparition, il y a quatre ou cinq ans, d'une tuméfaction de la loge sous-maxillaire gauche de la taille d'une noisette. La malade a remarqué cette tuméfaction par hasard^d, celle-ci n'étant pas douloureuse et ne s'accompagnant d'aucune gêne. Cependant, lors des grands froids elle a remarqué une sensation d'élancement à ce niveau, irradiant vers l'oreille gauche. Cette tuméfaction s'est développée régulièrement pendant les deux premières années, et est restée stationnaire, voir même aurait légèrement regressé depuis deux ans.

Antécédents de la malade :

Accouchement en 1924 ;

Ménopause à 47 ans, après un choc émotif brutal ;

Rhumatisme dans les articulations des membres supérieurs, il y a dix ans ;

Surdité gauche depuis 1950.

Examen :

Il s'agit d'une malade qui présente une tuméfaction sous-maxillaire gauche ovale, de la taille d'une petite noisette, allongée d'arrière en avant, située au-dessous du bord inférieur de la mandibule ;

Elle est indolente spontanément et à la palpation ;

N'adhère pas aux plans profonds et superficiels ;

Sa consistance est ferme et elle est lisse et régulière ;

L'examen endo- buccal montre l'existence d'une gingivite avec des culs de sacs gingivaux infectés ;

Mais la crête salivaire est normale ;

L'orifice du Wharton n'est pas modifié ;

La salive est claire ;

Sur la radio du maxillaire, on voit l'existence d'une lésion apicale sur la première prémolaire inférieure.

Examen général ;

Les autres aires ganglionnaires sont normales ;
La rate n'est pas perçue ;
La radio du poumon est normale ;
Vitesse de sédimentation : 1^{re} h., 2 mm ; 2^e h., 7 mm ;
24 h., 66 mm.

Numération globulaire normale, la formule sanguine aussi ;
Glycémie : 0,93 — Urée : 0,45.

En résumé, on se trouve en présence d'une tuméfaction faisant penser à une adénopathie sous maxillaire gauche de topographie plus externe et antérieure que sous-maxillaire sans modification de volume dans le temps depuis deux ans, vraisemblablement de cause locale.

L'intervention est décidée le 26 janvier 1956.

Compte rendu opératoire :

Ablation sous anesthésie générale. Fermeture sans drainage. Il s'agit manifestement, à l'examen microscopique, d'une adénopathie. La coque est fragile et le contenu est fongueux. Envoyé au laboratoire, celui-ci répond :

— Image de tumeur mixte de la sous-maxillaire avec un chorion œdémateux fibrillaire et richement fibroblastique.

Observation n° 11

GIRAUD SITBON ET JUDAKA J. français O.R.L.

Août 1953

Mohamed Abd, âgé de dix huit ans, entre dans notre service porteur d'une volumineuse tumeur latéro-cervicale. Son début remonte à sept ans marqué par l'apparition d'une petite tuméfaction sous-maxillaire arrondie et ferme, qui s'est développée lentement, progressivement et sans douleur.

Cette énorme tuméfaction semble appendue à la branche horizontale de la mandibule dont elle déborde en haut le bord inférieur pour atteindre en bas le creux sus-claviculaire sur lequel repose son pôle inférieur.

Ainsi, masquant complètement la région latéro-cervicale, elle s'étend en avant jusqu'à la ligne médiane et se prolonge en arrière vers la nuque. Cette tumeur est irrégulière, bosselée, de consistance uniforme et extrêmement dure. La peau à son niveau est normale, souple, non adhérente.

Prise à pleine main, cette tumeur qui se laisse facilement basculer en tous sens apparait parfaitement mobile sur les plans profonds et sur le maxillaire inférieur, avec lequel elle ne contracte aucune adhérence. Il n'existe aucune atteinte nerveuse : le nerf grand hypoglose et le nerf lingual sont indemnes.

Pas d'adénopathies cervicales.

L'ablation de la tumeur sous simple anesthésie locale est aisée.

A l'incision horizontale est branchée, à cause du volume de la tumeur une incision inférieure verticale. A part l'existence de quelques veines dilatées, et gênantes au niveau de la partie antérieure de la face profonde de la tumeur, celle-ci se laisse parfaitement cliver des tissus voisins et son extirpation en masse est facile. Son pôle supérieur est coiffé de la glande sous-maxillaire qui lui a donné naissance. L'examen histologique confirme qu'il s'agit d'une tumeur mixte.

Observation n^o 12

Salm, femme indigène de cinquante huit ans, hospitalisée pour une volumineuse tumeur des régions sous-maxillaire et sus-hyoïdiennes gauches.

Début il y a trente ans, par l'apparition d'un nodule (du volume d'une amande) au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, puis augmentation lente et progressive du volume de la tumeur qui depuis un an a atteint son volume actuel. Il s'agit d'une masse polylobée, du volume d'une tête de fœtus occupant les régions parotidienne inférieure, sous maxillaire et sus-hyoïdienne. Elle dessine grossièrement un fer à cheval épousant la forme de la branche horizontale et de l'angle du maxillaire inférieur. La peau est tendue, avec par endroit, une circulation superficielle.

La tumeur est bosselée. Elle est mobile sous la peau et sur les plans profonds. Lors de sa mobilisation en masse, elle paraît comme rattachée par un pédicule, à la région sous-maxillaire.

Aucun signe fonctionnel, aucune atteinte du nerf grand hypoglosse ni lingual.

Intervention :

Anesthésie générale par intubation trachéale.

Incision de la peau et du tissu cellulaire suivant une ligne horizontale sous-jacente au bord inférieur du maxillaire inférieur. Un plan de clivage est facilement trouvé. Quelques veines importantes néoformées sont liées et la tumeur est extirpée en masse.

Son poids est de 400 gr. On retrouve sur sa face profonde les débris d'une glande sous-maxillaire atrophiée.

L'histologie révèle une tumeur mixte de la sous-maxillaire.



INTRODUCTION

Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire sont connues depuis longtemps. Elles sont cependant rares, puisqu'elles ne représentent que le dixième des tumeurs mixtes parotidiennes, mais la localisation sous-maxillaire présente un grand intérêt diagnostique et thérapeutique.

Roger Leroux a anatomiquement démontré qu'il existait des formes de transition entre les tumeurs mixtes pures, les tumeurs myo-épithéliales et les cylindromes, et il a désigné ces lésions sous le nom d'épithéliomas à stroma remanié. Or si l'unité anatomique se vérifie journellement par l'examen des coupes histologiques, il existe cliniquement deux types évolutifs bien particuliers : les tumeurs mixtes pures et les cylindromes. Ce même auteur a par ailleurs montré l'apparition plus fréquente des cylindromes à la glande sous-maxillaire, qu'à la glande parotide.

Les tumeurs mixtes des glandes sous-maxillaires n'ont fait l'objet que de publications isolées, mais pas d'études d'ensemble.

C'est pourquoi il a paru intéressant de grouper à côté d'observations publiées dans la littérature, trois observations confiées par M. le professeur Cernéa, pour essayer de dégager certains caractères concernant :

- Leur nature ;
- Leur évolution, émaillée de récidives ;
- Leur symptomatologie ;
- Leur traitement.

HISTORIQUE

La première description remonte à 1885, avec Schutz.

Au début du XIX^e siècle, les auteurs cherchent à classer ces tumeurs et à les différencier des autres hyperplasies de la glande sous-maxillaire.

En 1905, Morestin publie une observation d'une tumeur mixte de la glande sous-maxillaire pesant 6,700 kg. Quelques autres cas sont publiés, avec notamment une statistique de Funck-Brentano, portant sur 17 000 interventions de toute nature et relevant seulement 4 cas de tumeurs mixtes.

Enfin, en 1947, le nombre des cas publiés dans le monde semble ne pas excéder 125.

« Peu de tumeurs ont suscité autant de controverses sur leur origine, leur structure, leur évolution, que les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Souvent capsulées, s'accroissant lentement, ne présentant aucun caractère cytologique de malignité, ces tumeurs récidivent pourtant dans la moitié des cas après exérèse en apparence complète. Ces tumeurs occupent ainsi une place à part et heurtent les notions couramment admises de malignité et de bénignité.

« Or c'est sur ces notions fondamentales qu'est basée la entre lesquels cheminent dans des défilés distincts : mixtes, le chirurgien se trouve dans l'alternative ou bien de pratiquer une exérèse et de voir survenir une récurrence locale, ou bien de faire une opération mutilante pour une tumeur qui n'est peut-être pas maligne. »

Grigouloff.

Aussi comprend-on les différentes terminologies employées pour désigner ce type de tumeurs dans les traités de pathologie :

Tumeur à cartilage tubulé pour Meckel ;

Chondrome muqueux proliféré pour Buttcher ;

Myo-sarcome pour Kocher ;

Cancroïde muqueux pour Forster ;

Myo-chondro-épithélioma pour Rocha Santos ;

Epithélioma à stroma variable pour Malherbe ;

Endothéliome pour Volkmann ;

Puis c'est Minssen en 1863 qui fait apparaître le terme de tumeur mixte, encore en usage courant aujourd'hui.

Très différentes étaient alors les opinions concernant leur structure histologique.

Très différentes également étaient les théories expliquant leur origine.

RAPPEL ANATOMIQUE

La glande sous-maxillaire est située dans la région sous-maxillaire représentant la partie latérale de la zone sus-hyoïdienne.

Elle est située :

Au-dessous de la région linguale ;

Au-dessous et en arrière de la région sub-linguale ;

Au-dessous et en avant de la région parotidienne ;

En avant de la région parotidienne ;

En arrière de la région sus-hyoïdienne médiane.

Elle comprend la loge sous-maxillaire et son contenu. La loge est déterminée par 4 parois .

La paroi inféro-externe cutanée cervicale est la paroi d'exploration clinique et d'abord chirurgical ;

La paroi supéro-externe est ostéo-musculaire ;

La paroi interne, constituée par les muscles de la langue entre lesquels cheminent dans les défilés distincts :

L'artère linguale, ses veines et ses lymphatiques ;

Le XII accompagné de ses veines et de ses lymphatiques ;

Le bord supérieur de la loge dans sa partie moyenne est simplement formé par la muqueuse du cul de sac gingivo-lingual, permettant l'exploration endo-buccale.

Cette loge contient :

1.— *La glande sous-maxillaire* de la grosseur d'une amande pesant 7 grammes, c'est-à-dire le 1/4 de celui de la parotide, rosée sur le vivant et grisâtre sur le cadavre, de consistance assez ferme, enveloppée d'une capsule.

Elle présente un certain nombre de prolongements dont le rôle n'est pas à négliger dans la genèse des récidives.

Il existe :

Un prolongement postéro-supérieur dit de Sappey (c'est lui qui fait saillie sous la muqueuse buccale en regard de la dernière grosse molaire) ;

Deux prolongements antérieurs se moulant sur le bord postérieur du mylo-hyoïdien, le supérieur très important pouvant être le siège d'un processus tumoral et invisible à la sialographie.

2.— *Le canal de Wharton* dont les rameaux intra-glandulaires sont bien mises en évidence par la sialographie, se

termine au frein de la langue, sur la caroncule salivaire, par l'ostium ombilical. Il est souvent accompagné d'un prolongement glandulaire.

3. — *Le paquet vasculo nerveux.* Artère et une veine faciales dont il faudra faire la ligature pendant l'exérèse de la glande ;

Le nerf lingual qui soutient le Wharton et qu'il faudra respecter ;

Les ganglions lymphatiques dont l'atteinte inflammatoire ou tumorale est à l'origine de discussions diagnostiques sont répartis en cinq groupes :

Les ganglions pré-glandulaires ;

Les ganglions pré-vasculaires (par rapport à l'artère et à la veine faciale) ;

Les ganglions rétro glandulaires ;

Les ganglions rétro vasculaires ;

Les ganglions intra capsulaires.

Il existe par ailleurs de nombreux nodules aberrants extra et intra capsulaires voire intra glandulaire.



FREQUENCE DE LA LOCALISATION A LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE

Ces tumeurs, nous l'avons déjà vu sont moins fréquentes qu'à la parotide. Cependant les pourcentages varient considérablement d'un auteur à l'autre. Marc Farland réunissant 301 tumeurs des glandes salivaires provenant de 27 hôpitaux et de 90 chirurgiens, donne les chiffres suivants :

Sous-maxil aires	22 tumeurs	6,1 %
Parotides	278 tumeurs	96,6 %
Sublinguales	1 tumeur	9,3 %

Rawson Howard Royater et Horn, sur 160 cas, les localisent :

- 12 fois à la sous-maxillaire ;
- 78 fois à la parotide ;
- 2 fois aux lèvres ;
- 6 fois au palais ;
- 2 fois encore au niveau des glandes pharyngiennes.

Schlulenburg, sur 105 cas, aboutit aux pourcentages

Sous maxillaires	19 %
Parotides	46 %
Autres glandes	14 %
Palais	17 %

Mais il faut tenir compte dans ces statistiques, du matériel humain considéré : c'est ainsi que la localisation parotidienne est beaucoup plus fréquente chez les Européens, que chez les indigènes blancs (Boers) ou noirs mais aussi du caractère spécialisé du chirurgien qui dispose d'un tri initial de malades faussant les fréquences relatives des différentes localisations. Mais un travail de Dockerty et Mayo, basé sur l'étude de 500 tuméfactions de la région sous-maxillaire, nous donne une idée de la fréquence relative des diverses affections de la glande. 80 % des tuméfactions sont des adénopathies de cette région, secondaires à des épithéliomas du voisinage, connus ou inconnus, dont 6 mélanosarcomes.

En réalité, sur 500 tuméfactions de la région sous-maxillaire, 81 répondent à des tumeurs de la glande.

Ces tumeurs comprennent :

- 51 épithéliomas ;
- 15 cylindromes ;
- 15 cancers glandulaires.

ANATOMO-PATHOLOGIE

C'est la biopsie exérèse qui, nous le verrons, permet d'affirmer le diagnostic. L'exérèse avec examen histologique per-opératoire, non indispensable, étant donné qu'elle ne modifie en rien l'attitude thérapeutique, est cependant préférable, car elle permet de noter les rapports avec les tissus voisins.

Etude macroscopique :

L'aspect des tumeurs est assez caractéristique. Le plus souvent, dès l'incision, la tumeur sous tension fait hernie à travers la brèche chirurgicale. Elle se laisse aisément cliver, n'adhère pas aux plans superficiels et se laisse décoller des plans profonds.

Il s'agit d'une masse unique, ovale, souvent bosselée, irrégulière, présentant un contour polycyclique. Sa surface lisse est parcourue par des vaisseaux et des tractus fibreux, la reliant à la glande quand celle-ci n'a pas complètement disparu.

Elle semble enveloppée par une capsule mince, parfois épaisse, fibreuse, blanchâtre, à laquelle adhèrent des tissus nettement différents de la tumeur et que l'examen histologique montre être des lobules glandulaires normaux.

La tranche de section apparaît assez homogène à première vue, mais montre cependant deux éléments d'aspect différent : des amas nodulaires ou des travées qui vont du blanc au jaunâtre, donnant un aspect de substance cérébrale, avec des plages de consistance irrégulière, avec parfois des foyers d'aspect kystique. Cette lésion forme souvent une masse unique mais il n'est pas rare de noter un cloisonnement partant de la capsule périphérique, formé de travées conjonctives d'épaisseur inégale, délimitant de multiples nodules juxtaposés.

Le professeur Delarue a, de plus, insisté sur la présence de foyers multiples dans les épithéliomas à stroma remaniés de la parotide, foyers non seulement dans la capsule ou à son voisinage, en dehors d'elle, mais encore sur la présence de petits foyers accessoires à distance, justifiant l'exérèse totale de la glande et notamment du prolongement sus-myo-hyoidien et sur lesquels nous reviendrons dans l'étude microscopique.

Etude microscopique.

Elle met en évidence :

Les éléments épithéliaux glandulaires ;

Du tissu conjonctif nourricier.

L'interaction de ces deux tissus créant un polymorphisme structural caractéristique, confirme la limitation assez nette de la tumeur. Toutefois la capsule est assez irrégulière et sur les différentes coupes, elle apparaît inconstante, présentant parfois de nombreuses brèches où les éléments tumoraux sont au contact des éléments glandulaires normaux.

Les éléments épithéliaux reproduisent les diverses formations d'une glande séro-muqueuse normale : acini, tubes excréteurs à double assise cellulaire, l'une interne cylindrique, avec quelques cellules mucipares ; l'autre externe myo-épithéliale.

C'est ainsi que dans ces tumeurs il est possible de constater des cellules cylindro-cubiques éosinophiles, basophiles ou claires, des cellules mucipares, des cellules fusiformes.

Tous ces éléments sont capables de différenciation ou de dédifférenciation. La forme la plus fréquente de différenciation est une métaplasie malpighienne, expliquant la présence de cellules épithéliales.

Ces éléments épithéliaux sont groupés en amas dont certains s'ordonnent en formation canaliculaire, juxtaposées, d'une densité extrême et d'autres, en dispositions trabéculaires, parfois très grêles et les cellules néoplastiques semblant alors dissociées, sont retrouvées au sein du stoma.

Le stroma présente également des types morphologiques variés avec des remaniements tellement importants qu'il est un des éléments même de la définition de la tumeur dite épithélioma à stroma remanié. Ce stroma, le plus souvent collagène, est souvent œdémateux et renferme des plages soit de type mucoïde, soit de type hyalin ou mucoïde et les colorations à ce niveau sont particulièrement démonstratives (la substance mucoïde se colore en rose par le musi-carmin, et la réaction de Mac Manus se révèle positive).

Certaines plages présentent des aspects cartilagineux avec des cellules isolées qui dégénèrent au sein même de la substance fondamentale, se creusant d'une vacuole, et prennent la morphologie d'un chondroblaste. La présence de cartilage vrai est exceptionnelle.

Les divers aspects morphologiques des éléments épithéliaux d'une part, et ceux du stroma d'autre part, permettent donc de prévoir des formes variant à l'infini. Cependant l'étude de nombreuses pièces opératoires permet d'individualiser une forme couramment observée de tumeur mixte avec quelques variantes qui font la transition avec d'autres variétés de tumeurs mixtes, à savoir :

1.— Tumeur mixte habituelle ;

2.— Tumeur mixte avec foyer cylindromateux ou foyers myo-épithéliaux ;

3.— Des cylindromes vrais qui forment une variété à part.

La tumeur mixte du type courant est donc constituée par des nappes cellulaires compactes ou en travées isolées dans un stroma mucoïde ou pseudo-mucoïde avec quelques remaniements de type hyalin.

Les variantes sont constituées par des plages épithéliales épidermoïdes disposées en formation trabéculaires ou lobulées, dans un stroma banal ou pseudo-mucoïde, avec quelques remaniements de type hyalin.

La présence de certaines plages réalisant, soit la structure de cylindrome, soit la structure des formations myo-épithéliales, imposant une évolution particulière.

La tumeur myo-épithéliale est très riche en cellules uniformément allongées, fusiformes à cytoplasme fibrillaire, dont le noyau est allongé en batonnet, avec des extrémités arrondies. La disposition de ces cellules est variable, lobulée, fasciculée, formant de véritables petits îlots où s'ébauchent parfois au centre de petites cavités. Mais jamais dans cette forme il n'est possible de retrouver des mitoses ou des anomalies cellulaires. Cet aspect est exceptionnel. Par contre, beaucoup plus fréquemment rencontré est le cylindrome qui présente des formations épithéliales plus denses, avec des cellules régulièrement disposées, creusées de multiples cavités régulières, renfermant un stroma mucoïde homogène parfois hyalin. La régularité de la forme et la disposition de la cavité sont particulièrement caractéristiques.

Dans une étude relativement récente portant sur 165 cas de tumeurs mixtes de la parotide, M. le professeur Delarue a montré le caractère pluri-focal de ces tumeurs dans une proportion de 48 %.

Ce caractère se manifestant :

— Soit au niveau de la tumeur elle-même, dont les cloisons fibreuses ne représenteraient pas une lobulation secondaire d'un foyer tumoral unique, mais des cloisons interlobaires des lobules glandulaires devenant tumoraux simultanément.

Il existe toutes les formes de transition entre ce type de tumeur mixte courant et ces formations cylindromateuses dont le pseudo cylindrome hyalin, qu'il est fondamental de connaître. Et si histologiquement elles ne constituent que des variantes, leur traitement et leur pronostic sont différents ;

— Soit au contact du foyer principal, plus volumineux, sous forme de foyer globuleux, sphérolaire ou pisiforme, accolés à la capsule ou inclus dans un dédoublement de celle-ci, ou séparé d'elle par un espace conjonctif toujours évident ;

— Soit, et ceci est beaucoup plus intéressant, nettement à distance du foyer principal, séparé par une étendue plus ou moins grande de parenchyme glandulaire devenu nor-

mal, voire dans un lobe différent ou accessoire (comme le lobe sus-myo-hyoïdien par exemple) ;

— Soit enfin des foyers microscopiques, mais de signification plus douteuse car ne renfermant pas les éléments typiques de tumeur mixte.

Ces éléments glandulaires abérrants ont une grande variété :

De siège : nous l'avons vu ;

De volume : le plus souvent petit, mais pouvant atteindre

De nombre : unique ou multiples ;

De structure : en les étudiant individuellement, ils présentent tous les éléments caractéristiques des épithéliomas à stroma remanié tantôt pourvu d'une capsule conjonctive, constituant l'enveloppe le plus souvent non encapsulé, mais coiffé seulement à l'un de leur deux pôles d'une densification fibreuse. Leur structure peut être analogue ou différente de la tumeur principale.

Enfin l'étude du parenchyme glandulaire qui sépare les foyers tumoraux multiples dans les tumeurs mixtes n'est pas dépourvue d'intérêt : on peut constater qu'il s'agit bien rarement de parenchyme normal. C'est le plus souvent et au minimum une régression adipeuse insolite, bien différente de l'adipose parotidienne des sujets âgés. Le plus souvent, c'est une différenciation des acini avec régression de type caniculaire plus ou moins avancé.

Il faut citer également la constation fréquente d'une hyper-vascularisation notable dans de telles régions, et la présence de glomi neurovasculaires.

L'aspect microscopique des foyers de récidence se présente avec des aspects sensiblement identiques à ceux des tumeurs « neuves » mais selon Delarue, 85 % des cas sont des nodules évolutifs.



NATURE DES TUMEURS MIXTES DES GLANDES SALIVAIRES

L'origine des tumeurs mixtes à partir de la glande salivaire elle-même est aujourd'hui à peu près généralement admise. Il faut cependant rappeler pour mémoire les différentes théories qui ont soulevé, jusqu'à ces dernières années, un grand nombre de controverses. On distingue :

1.— Les théories endothéliales, nées en Allemagne sous l'influence de VIRCHOW qui en fut le promoteur, selon lesquelles le point de départ du processus tumoral serait l'endothélium des vaisseaux et des fentes lymphatiques.

2.— Les théories embryonnaires qui faisaient des tumeurs mixtes des dysembryomes résultant de l'inclusion d'îlots cellulaires, avec une controverse d'ailleurs, au sujet de la date à laquelle se faisait cette inclusion. Pour les uns, dès les premières heures du développement, pour d'autres, à un stade plus tardif du développement embryonnaire.

3.— Plus proches sont les théories épithélio-conjonctives où l'on a une prolifération simultanée et indépendante des tissus épithéliaux et conjonctifs.

4.— Les théories de la métaplasie où l'on fait intervenir la possibilité de transformation d'éléments épithéliaux en éléments mésenchymateux.

Enfin la théorie actuelle dite épithélio-glandulaire née en France est soutenue par le Dr Labrie Collet, Grigourioff et Leroux.

L'origine des tumeurs mixtes des glandes salivaires se ferait certes à partir du tissu épithélial, mais du tissu épithélial glandulaire de la glande où va se développer la tumeur.

Il est un fait certain qu'on ne trouve pas dans les glandes salivaires normales ni ces formations épithéliales épidermoïdes, parfois avec globes cernés, ni ces tissus d'aspect mésenchymateux (mucoïde ou chondroïde) qui caractérisent les tumeurs mixtes.

Cependant Grigourioff a montré avec les techniques d'imprégnation par le carbonate d'argent on parvient à préciser l'histogénèse des tumeurs mixtes :

1.— Origine des formations épidermoïdes.

Cette technique montre que les deux assises cellulaires

constituant la paroi des canaux excréteurs interlobaires d'une glande salivaire normale, s'imprègnent différemment par l'argent. L'assise interne ne prend pas le colorant. L'assise externe présente des cellules dont les noyaux sont entourés de fibrilles mises en évidence par le carbonate d'argent : ce sont les fibres d'Herxheimer. Or dans certaines altérations inflammatoires ou atrophiques, on distingue alors une assise centrale claire et plusieurs assises stratifiées périphériques de cellules sombres avec les fibres d'Herxheimer. L'étude histologique des tumeurs mixtes par le procédé identique, retrouve cette dualité cellulaire : cellules claires, cellules sombres périphériques assimilables aux cellules basales de l'épiderme et à potentiel épidermoïde. Ce serait ces cellules qui donneraient les formations pavimenteuses stratifiées et parfois kératinisées, si spéciales aux tumeurs mixtes.

2.— Nature réelle des tissus d'aspects mésenchymateux.

Même chez les partisans de la théorie épithéliale, un désaccord subsistait au sujet de la nature réelle de ces éléments mésenchymateux. Pour les uns, ces cellules malgré leur apparence restaient épithéliales, pour les autres, il y avait une transformation profonde de leur nature, une véritable métaplasie épithélio-mésenchymateuse.

Actuellement l'imprégnation par le carbonate d'argent nous apprend que les éléments mésenchymateux présentent des fibrilles argentaffines, même au niveau des zones d'aspect cartilagineux, ce qui milite en faveur de la première hypothèse.



ETIOLOGIE

Le sexe.

Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire se rencontrent aussi souvent dans les deux sexes. Cependant d'après les assertions de certains auteurs (D'Antuano), l'apparition de ces tumeurs serait fréquente chez les femmes, sans que le caractère s'applique particulièrement à la glande sous-maxillaire (dans nos observations 6 femmes pour 6 hommes).

L'âge.

Il n'existe pas de période de la vie plus propice qu'une autre au développement des tumeurs mixtes. On admet généralement que le plus grand nombre se rencontre entre 30 et 40 ans, avec des cas limites observés par Eggers, allant respectivement de 16 à 73 ans. Il faut préciser à ce sujet que cet âge ne correspond qu'à la première visite. Or étant donné l'extrême lenteur de l'évolution, la négligence du malade à venir consulter pour une tumeur qui ne l'importune pas, on comprend que ces extrêmes puissent se voir.

Enfin Eggers constate que l'âge de découverte est notablement moins élevé chez la femme, expliquant ce fait par l'intérêt plus marqué qu'accorde l'élément féminin aux soucis esthétiques.

L'hérédité.

Semble ne jouer aucun rôle.

Le traumatisme.

Certains auteurs ont voulu incriminer le traumatisme, comme jouant un rôle déclanchant. En fait, outre que le traumatisme de la région sous-maxillaire est rare, qu'il est souvent ancien, il paraît difficile d'établir une relation de cause à effet.

Rappelons cependant à ce sujet l'observation rapportée par Eggers en 1938 qui signale l'apparition d'une tumeur mixte chez un malade qui aurait présenté une blessure profonde provoquée par un coup de fourche trente cinq ans auparavant. Ce dernier auteur cite à cette occasion deux publications plus anciennes du même ordre, selon lesquelles on aurait observé une tumeur mixte chez des sujets s'étant blessés antérieurement. Pour l'un, la blessure remontait à douze ans, pour l'autre à quarante et un ans (Pilcher et Masson).

Le facteur racial.

Redon rapporte la statistique de Schulenberg portant sur 105 cas de tumeurs mixtes de la sous-maxillaire, selon laquelle on observe des différences raciales importantes, montrant une plus grande fréquence des épithéliomas remaniés chez les européens, que chez les indigènes blancs (Boers) et noirs.



CLINIQUE

Le mode de début de ces tumeurs est lent, insidieux et progressif, les premières manifestations cliniques passent généralement inaperçues, l'attention du malade n'est attirée par aucune symptomatologie fonctionnelle, la tumeur se développant vers le bas n'entraîne pas de signes de compression. Il s'agit donc dans l'immense majorité des cas d'une découverte fortuite. Bien tolérée, cette tuméfaction n'amène le malade à consulter que dans des délais très éloignés de la date de découverte, s'échelonnant entre quelques semaines et plusieurs années.

Les signes fonctionnels n'ont pas été retrouvés dans la plupart des observations expliquant l'insidiosité du début et le laps de temps qui s'échelonne entre la période de découverte et la première consultation. Il n'existe en effet aucune manifestation douloureuse spontanée ou provoquée, aucun trouble de la fonction salivaire, notion importante dans la discussion du diagnostic différentiel. Cependant dans deux observations le malade est venu consulter avec une symptomatologie franchement lithiasique. Enfin dans les autres cas, la tumeur ayant atteint un volume respectable peut entraîner une gêne, une fatigue expliquée par son poids dans les mouvements du cou, faisant pencher la tête de ces malades du côté atteint. Par ailleurs l'état général est parfaitement conservé quel que soit l'âge ou l'on voit ces patients qui supportent aisément l'intervention chirurgicale.

Siège de la tumeur.

Au début il s'agit d'une tumeur de la loge sous-maxillaire mieux visible sur la tête penchée en arrière habituellement développée aux dépens du pôle postérieur de la glande, mais cliniquement cette nuance est bien difficile à préciser.

Le point de départ peut être le pôle antérieur de la glande. En fait, il s'agit d'une tuméfaction intéressant la totalité de la masse glandulaire.

L'augmentation de volume de la tumeur fait déborder pendant sa longue évolution les limites de la loge sous-maxillaire pouvant atteindre vers le bas la région thyroïdienne, la région du creux sus-claviculaire, la tumeur semblant reposer sur l'épaule ; en haut déborder le bord inférieur de la mandibule ; en arrière se prolonger vers la nuque.

En arrière se prolonger vers la nuque.

Le tout réalisant ces énormes déformations latérales du cou qui sont actuellement l'exception.

Volume.

Rien n'est plus variable que le volume des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire. Certes il est habituel de les rencontrer lorsque leur dimension est de l'ordre d'une noisette ou d'une prune, voire d'une mandarine, l'étude de leur extension et de leur localisation vient de nous montrer que certaines d'entre elles atteignent des proportions étonnantes. Il faut considérer ces cas comme historiques. Ces volumineuses tumeurs semblent s'expliquer à l'heure actuelle par le refus du malade à se faire opérer, soit que la thérapeutique chirurgicale ait été différée par crainte des récidives, soit qu'enfin il s'agisse d'une récidive elle-même au-delà de tout recours thérapeutique.

Caractère de la tumeur.

Il s'agit le plus souvent d'une tumeur arrondie ou fusiforme régulière à surface lisse uniformément ferme mais qui n'atteint jamais la dureté ligueuse des tumeurs néoplasiques.

Parfois il s'agit d'une masse de consistance ferme régulière où voisinent des zones mollasses et des zones plus fermes donnant une impression élastique au doigt qui palpe.

Ailleurs enfin la tumeur est polylobée avec des plages tendues lisses, comme contenant du liquide, et des zones irrégulières extrêmement dures. Dans l'ensemble la consistance est fonction du stade évolutif, la palpation indolente découvre une sensation de caoutchouc tendu dans les petites tumeurs, ce n'est que plus tard que la consistance devient inégale avec des aires d'une dureté cartilagineuse.

La masse tumorale est mobile dans toutes les directions, non adhérente à la peau et aux plans profonds, mais il n'existe qu'une mobilité de faible amplitude comme limitée par un pédicule. La peau présente peu de modification surtout au début dans les petites tumeurs. Cependant dans les formes volumineuses elle peut être amincie, lisse et être le siège d'une circulation collatérale.

Adénopathies.

L'avis de la plupart des auteurs sur cette question est que les tumeurs mixtes se développent toujours sans réaction ganglionnaire (Grigouroff, Eggers, Redon). Cependant des observations récentes semblent avoir montré l'existence d'une participation ganglionnaire dans le développement des tumeurs mixtes.

En fait il est bon de ne parler d'adénopathies que devant des preuves histologiques. Dans l'observation de Parret Mourgues il existe certes une T. mixte associée à des adénopathies cervicales, dures, roulant sous le doigt, douloureuses, prédominant d'ailleurs du côté opposé à la tumeur mais l'état dentaire défectueux, la septicité buccale, la présence

des racines, l'existence de phénomènes douloureux militent bien en faveur d'une origine inflammatoire.

Signes négatifs.

La cavité buccale est saine :

Pas de trimus ;

Pas d'atteinte des muqueuses ;

L'orifice du Wharton n'est pas congestionné ;

La denture est saine ;

Il n'existe pas de signes de compression, pas de douleur, pas d'atteinte nerveuse.

Ces signes négatifs méritent d'être rappelés ils aideront à étayer le diagnostic.



LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Ceux-ci n'ont pas toujours donné les résultats escomptés. Ils n'en restent pas moins à l'heure actuelle des auxiliaires indispensables et pour la plupart, ils sont rentrés dans la pratique courante.

Ce sont :

La sialographie sous-maxillaire ;

Le forage biopsique.

La sialographie est un procédé d'exploration des glandes sous-maxillaires qui fournit des renseignements pour le diagnostic étiologique de ces affections. Cependant il s'agit d'un procédé relativement récent dont la technique est en plein remaniement et dont les images radiologiques sont loin tant s'en faut d'être toujours évocatrices.

Technique.

Simple mais délicate, nécessite un radiologiste entraîné. Il faut d'abord repérer l'orifice du Wharton, cathétériser le canal avec douceur sans effort.

Le contraste est obtenu avec du lipiodol f ultra-fluide injecté avec la seringue de Labat et une aiguille en polyvinyl non chauffée pour éviter les dilatations réflexes, la quantité injectée est d'environ 1,5 cc (en serrant le canal pour éviter le reflux).

On prendra immédiatement après l'injection, 1/4 heure, 1/2 heure et 24 heures plus tard des clichés selon les incidences suivantes :

Un défilé à rayonnement peu oblique ;

Une vue de face avec rayonnement principal rasant le bord basillaire du maxillaire ;

Une vue horizontale sur film mordu suivant deux incidences ;

A rayonnement axial centré sur la symphyse ;

A rayonnement axial centré sur la symphyse ;

Résultats.

Il faut bien connaître les images radiologiques normales à savoir le canal de Wharton qui se dessine bien avec un canal uniforme de 1 à 2 mm où se déversent les canaux afférents drainant les lobes aberrants dont le lobe le plus intéressant est le lobe sus mylo hyoidien.

L'insuffisance de repletion donne parfois au canal en dehors de tout processus pathologique, un aspect monili-

forme puis l'image obtenue 1/2 heure après est presque entièrement parenchymateuse, probablement due à une réaction sympathique.

Ce qu'il importe de préciser c'est :

La direction ;

Le calibre ;

L'organisation harmonieuse ou non des canaux ;

L'uniformité de réplétion de la glande ;

La régularité de ces contours ;

Enfin son volume.

L'interprétation des sialogrammes des épithéliomas remaniés des glandes sous-maxillaires est difficile car les radios publiées sont rares. Selon Lachard, de Marseille, les images sont très différentes de celles observées dans les tumeurs mixtes de la parotide.

Deux éléments principaux caractérisent le sialogramme de ces tumeurs. D'une part, l'injection incomplète de l'aire glandulaire qui réalise une encoche dans les contours de la glande sans zone marécageuse, sans bouts coupés comme dans les tumeurs malignes. D'autre part, le second élément qui semble plus constant que le premier et sur lequel insiste l'auteur est le remaniement de la structure canaliculaire.

En effet si le Wharton est injecté avec des bords réguliers, il peut être refoulé, déplacé voire aminci par la tumeur.

Les canaux secondaires sont toujours modifiés :

Si la tumeur est petite l'injection du système canaliculaire se limite aux canaux du second ordre avec déplacement global de celui-ci.

Si la tumeur est volumineuse il y a disposition de structure canaliculaire, les canaux étant remplacés par des taches irrégulières avec des zones non injectées.

En fait il n'existe pas vraiment d'image caractéristique car :

Ni les images de refoulement, zone de non imprégnation dont les contours sont tracés par les canaux avoisinants qui sont refoulés ;

Ni les images de compression caractérisées par un véritable défaut dû à l'absence d'injection des canalicules comprimés (néanmoins la pression de l'injection a pu forcer le barrage, et des aires canaliculaires et parenchymateuses cernent une lacule centrale) ;

Ni les images de dépression marquées par la persistance de la topographie canaliculaire, par suite de l'étalement d'une tumeur qui ne réalise pas de compression proprement dite encore moins que les tumeurs de la parotide ne font la preuve d'un épithélioma remanié.

Ce que l'on peut attendre de la sialographie, c'est affirmer que l'on est en présence d'une tuméfaction limitée de la loge sous-maxillaire, qu'il s'agisse d'une tumeur glandulaire (bien que mixte ou maligne au début) ou d'une tumeur para-glandulaire.

LA BIOPSIE

C'est une intervention de pratique courante. Elle est l'élément fondamental du diagnostic dans la mesure où elle est convenablement exécutée.

Elle permet de poser un diagnostic direct en précisant la nature exacte de la tumeur, ou un diagnostic indirect, si le prélèvement ne révèle que la présence d'une lésion située au voisinage ou même à distance.

Mais son utilité ne se limite pas au diagnostic, elle permet de préciser le mode évolutif de la tumeur, l'étude de son architecture générale, le stade évolutif et le potentiel de malignité. Il existe en effet des moments opératoires qu'il faut savoir choisir; et le pathologiste expérimenté peut, en interprétant les faits, orienter la thérapeutique vers la chirurgie ou les agents physiques, ou même vers leur association.

Deux possibilités s'offrent au chirurgien. Il peut en effet proposer au malade, soit une ponction biopsique, soit une biopsie peropératoire.

La ponction biopsique ou forage biopsique.

En général beaucoup mieux acceptée par le malade qu'une intervention chirurgicale importante pour une lésion qui entraîne peu de signes fonctionnels.

De technique facile sous anesthésie locale avec le trocard de Duchenne de Boulogne, elle retire un fragment de volume suffisant mais les résultats obtenus sur une partie du parenchysme n'ont de valeur que pour le point examiné, donc son intérêt est réduit car : si elle est négative elle n'a pas de valeur, souvent trop superficielle, elle donne une simple orientation, c'est dire que le seul examen vraiment satisfaisant est :

LA BIOPSIE PEROPERATOIRE

La technique consistant à pratiquer sur le prélèvement confié par le chirurgien une tranche de 2 à 3 mm d'épaisseur à bords plans et parallèles. La pièce est examinée au microscope épiscopique du professeur Leroux. La seule difficulté en dehors des problèmes de fixation tient à l'entraînement de l'anatomo pathologiste car l'interprétation limitée dans le temps est souvent délicate et exige une grande expérience.

Néanmoins elle procure une sécurité au chirurgien et

évite les mutilations importantes ; une exérèse inutile de la sous-maxillaire par exemple en cas d'adénopathies banales ; ou au contraire, le regret de n'avoir pratiqué qu'une extirpation de la tumeur alors que l'examen de la pièce opératoire apporte la confirmation d'un épithélioma à stroma remanié.

Cette étude de la pièce opératoire systématique, même quand elle a été précédée d'une étude peropératoire, bien que très importante comme nous venons de le voir, mais moins approfondie, doit être faite sur la totalité de la coupe avec l'examen du plus grand nombre possible de lames. La seule constatation d'une image cylindromateuse doit faire modifier le diagnostic de tumeur mixte et assombrir le pronostic, car l'on sait qu'il existe toutes les formes de passage entre les tumeurs mixtes et les cylindromes.



EVOLUTION

L'évolution de ces tumeurs est particulièrement intéressante et en fait d'ailleurs toute leur individualité. Elle constitue souvent un argument diagnostique important devant la symptomatologie clinique peu caractéristique et d'autre part elle confère à ces épithéliomas à stroma remanié un pronostic relativement favorable puisque l'accroissement de la tumeur s'échelonne sur plusieurs années (dix ou quinze ans) ce qui explique que ces affections soient de l'âge adulte.

Cet accroissement progressif n'est en règle émaillé d'aucune complication, cependant le développement parfois énorme rapporté par certains auteurs constitue en lui-même un impératif opératoire en raison de la gêne fonctionnelle et esthétique qu'elle entraîne.

Quant aux autres complications à savoir :

L'ulcération cutanée ou endo buccale ;

L'adhérence de la tumeur aux plans profonds et superficiels, que nous n'avons pas trouvé même dans les formes les plus évoluées ;

L'adénopathie satellite ;

ne sont que l'apanage des tumeurs mixtes ayant subi une évolution maligne.

En fait quand on étudie l'évolution des épithéliomas à stroma remaniés trois problèmes principaux viennent à l'esprit :

Les récidives ;

Les métastases ;

L'évolution maligne.

Les récidives : « Bien que les tumeurs mixtes se distinguent des cylindromes et des épithéliomas par leur structure et leur moindre malignité, ce serait une erreur de les considérer comme absolument bénignes, leur évolution est lente, elles sont souvent encapsulées mais récidivent localement après une exérèse même apparemment complète ». (D'antonio).

La fréquence des récidives est variable suivant les auteurs puisque si l'on se réfère aux statistiques on trouve :

Pour Leroux, 50 % des cas sur onze malades étudiés, ont récidivé dont certains plusieurs fois ;

Pour Ahlbom, donne un pourcentage beaucoup moins élevé ne citant que cinq récidives sur vingt deux malades.

Pour Redon vingt sur quatre vingt cinq ;

Pour Mac Farland, 25 % des cas.

Selon Redon l'ablation totale de la glande sous-maxillaire guérit l'épithélioma remanié tout au moins en évite les récidives précoces ; cependant étant donné la lenteur de l'évolution il reconnaît manquer de recul suffisant pour être plus affirmatif.

Ces récidives peuvent être précoces au niveau de la cicatrice elle-même mais elles peuvent être également tardives et nous citerons les cas publiés par :

Observations :

Professeur Cernéa, 5 ans - 12 ans après l'intervention ;

Ombredane, avec une récidive, 9 ans après l'intervention ;

Dulac, avec une récidive, 16 ans après l'intervention ;

Markushon, avec une récidive, 20 ans après l'intervention ;

Ahlbom, avec une récidive, 30 ans après l'intervention.

Mais pour Leroux la première récidive surviendrait en général 2 à 3 ans à peine après la première intervention (observation Dulac : 5 ans).

Pour expliquer la fréquence de ces récidives il suffit de citer l'opinion de Grigouroff : « dans les tumeurs mixtes avant que la capsule soit constituée, les tissus qui constitueront cette enveloppe sont souvent pénétrés et franchis par les nodules tumoraux aberrants, ce qui explique les récidives après énucléation, voire après exérèse trop étroite ».

Par surcroît les travaux de Redon, Roux, Berger et Delarue ont attiré l'attention sur le fait que beaucoup de tumeurs mixtes présentaient des foyers aberrants, souvent situés très loin de la tumeur clinique, qui motivaient l'intervention, comme nous l'avons vu à l'étude anaiomo pathologique.

C'est dire que (Redon et Duplessis) les tumeurs mixtes sont des épithéliomas à malignité certes enclose, mais qui peut toujours se manifester en tout temps sans prodrome et spontanément.

Les métastases.

Il semble qu'actuellement l'accord soit fait au sujet du caractère non métastasiant des épithéliomas à stroma remanié, dans la mesure où l'on ne considère que la classique tumeur mixte, et non sa récidive sous forme de cylindrome ou son évolution vers une épithélioma vrai.

R. Leroux, dans les annales O.R.L. 1936, puis Baclesse, concluaient à la rareté de l'apparition de métastases au cours de l'évolution des « tumeurs mixtes », mais que cette éventualité n'en existait pas moins.

Grigouroff, reprenant les études des observations publiées, nie catégoriquement l'existence de métastases, prétendant qu'elles viennent en fait de cylindromes et d'épithéliomas vrais des glandes salivaires. Nous citerons à ce sujet l'observation particulièrement importante publiée par M. Dechaume, d'une tumeur mixte d'un lobe aberrant de la sous-maxillaire :

sept ans après l'ablation (sans qu'il soit précisé s'il s'agit de la tumeur ou de la glande sous-maxillaire) une récurrence locale se produit et une biopsie faite à la fondation Curie par le docteur Roux-Berger montre que la tumeur est un cylindre.

Quinze mois plus tard, des métastases pulmonaires sont découvertes à la radiographie. Il semblerait donc, comme le dit M. Dechaume, que dans ce cas, la tumeur mixte, après avoir récidivé sous forme de cylindre, a donné un essai-image à distance. Or les préparations histologiques de la première pièce ont pu être retrouvées et étudiées à la fondation Curie : il s'agissait d'un cylindre de structure identique à celle de la récurrence. Une simple différence de terminologie est donc à la clé de cette pseudo transformation d'une tumeur mixte en cylindre et l'observation doit être retenue comme celle d'un cylindre ayant été à l'origine des métastases pulmonaires.

Il semble donc que les métastases au cours des tumeurs mixtes soient exceptionnelles, et quand elles sont observées, des controverses inévitables se dressent au sujet de la nature histologique de la tumeur originelle, en raison des difficultés d'interprétation des formes de transition entre tumeur mixte et cylindre.

Evolution maligne.

La fréquence de l'évolution des tumeurs mixtes vers la malignité pour les glandes sous-maxillaires, bien qu'ayant soulevé de multiples discussions, semble actuellement prouvée par les nombreuses statistiques.

Nos observations apportent à ce sujet des arguments supplémentaires en montrant la gravité de ces tumeurs.

Redon cite sept tumeurs dégénérées sur un total de quatre vingt douze tumeurs de la parotide ;

Foote et Frazel publient onze tumeurs mixtes dégénérées de la glande sous-maxillaire ;

Pour Berber et Henault, la transformation est théoriquement possible si elle n'est pas observée davantage, c'est que le sujet se soumet volontiers à l'intervention.

Le moment de la transformation de la tumeur est absolument impossible à prévoir cliniquement et histologiquement, et c'est en général à l'occasion de l'étude anatomopathologique d'une récurrence, que l'on se trouve en présence d'un épithélioma glandulaire ou d'un cylindre, d'ailleurs fréquent au niveau de la glande sous-maxillaire.

Bien souvent, c'est l'apparition d'une anesthésie labiale, d'une douleur lombaire, d'une toux insolite, qui amène à pratiquer des radiographies qui montrent des métastases osseuses ou pulmonaires, dont le foyer primitif se trouve au niveau d'une glande salivaire opérée pour tumeur mixte, quelques mois ou quelques années auparavant.

Au début, par conséquent, la symptomatologie clinique d'un épithélioma remanié dégénéré est celle d'une tumeur mixte, puisqu'il n'existe aucun signe de malignité.

L'attention cependant peut être attirée par l'apparition récente et le développement rapide de la tumeur par la découverte d'une adénopathie sous-maxillaire ou jugulo-carotidienne ; ces signes peuvent être considérés comme symptômes alarmants de valeur.

Bientôt vont apparaître les caractères d'extension et de non limitation classiques, qui peuvent être appréciables dès l'inspection. A la palpation, le caractère majeur est la dureté infiltrante et non limitée, mais bien souvent un encapsulement apparent et une mobilité trompeuse apportent une sécurité transitoire.

En fait, il faut bien reconnaître que les cancers glandulaires ne possèdent aucun symptôme pathologique pendant une période parfois longue de leur évolution. La sialographie même à la période avancée, constitue un examen facultatif, car les images classiques d'amputation glandulaire ou canaliculaire, ou les images en flaque, ne sont pas non plus pathognomiques. Par surcroît cet examen n'est pas toujours possible, la région ayant été remaniée par des interventions successives.

Plus tard le diagnostic ne saurait être discuté.

La tumeur évolue avec des signes de malignité s'associant comme c'est le cas dans nos observations, à une métastase osseuse du maxillaire, développée sournoisement et découverte à l'occasion d'un examen radiologique, soit du fait de l'existence d'une anesthésie labio-mentonnaire ou d'une adénopathie d'apparition récente.

Métastase qui va se traduire par une tuméfaction s'accolant à la tuméfaction primitive, réalisant ces énormes proliférations cervico-faciales, dures, ligneuses, fixées, recouvertes par une peau tendue, sillonnées de varicosités, traduisant une hypervascularisation veineuse, où se créent des fistules, des ulcérations bougeonnantes cutanées, ou intra-buccales entraînant de gros troubles fonctionnels :

De déglutition, dysphagie d'abord aux aliments solides, puis liquides ;

De phonation, une incontinence salivaire provoquant une macération des tissus ;

Le tout évoluant vers la mort à plus ou moins brève échéance, dans la cachexie.

Ailleurs la tumeur locale se stabilise, et le malade présente des métastases lombaires, découvertes par l'apparition brutale de sciatalgies avec des troubles sensitifs, une impotence fonctionnelle, ou une petite toux sèche amenant à faire des clichés pulmonaires qui montrent une dissémination nodulaire dans les deux champs pulmonaires.

Dans tous les cas, à ce stade :

Ni la chirurgie comportant l'exérèse de la tumeur et des ganglions ;

Ni l'ablation électro-chirurgicale de la métastase osseuse ;

Ni la radiothérapie ;
n'apportent la guérison.

PRONOSTIC

Le pronostic des tumeurs mixtes classiquement bénin, est cependant plus sombre que ne le pensaient les anciens auteurs.

Non opérées :

C'est exceptionnel de nos jours, l'évolution se fait avec la lenteur qui caractérise ces tumeurs et les tumeurs vieilles de dix à quinze ans sont fréquentes. La durée moyenne notée par Dockerty et Mayo est de sept ans.

Opérées :

Le pronostic semble être influencé par le type de l'intervention. Les travaux du docteur Delarue ont montré la fréquence et l'importance du caractère plurifocal de ces processus tumoraux, marquant ainsi la nécessité absolue d'abandonner l'énucléation simple pour l'exérèse de la totalité de la tumeur et de la glande sous-maxillaire, y compris ses lobes aberrants.

Les statistiques de Dockerty et Mayo apportent les observations de 28 récurrences sur 51 tumeurs, dont la presque totalité avaient été opérées par énucléation simple. La plupart des auteurs, dont Redon, prétendent qu'ici comme au niveau de la parotide, les tumeurs mixtes traitées par ablation complète de la glande, semblent bien n'avoir pas récidivé.

Ce qui semble plus particulier à la glande sous-maxillaire, ce sont les récurrences (d'ailleurs survenues dans nos observations après énucléation simple) sous forme de cylindrome, dont le pronostic devient alors nettement défavorable avec ses récurrences en série (Dockerty - 9 à 10 ans) l'évolution locale souvent misérable, les métastases osseuses régionales (maxillaires) ou à distance, les métastases pulmonaires.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Quand on étudie la symptomatologie de la tumeur mixte de la glande sous-maxillaire, on conçoit la difficulté de ce diagnostic étant donné qu'il n'existe aucun signe de certitude.

Certes, l'irrégularité de la tumeur, sa consistance, peuvent être évoquées, mais ce sont des notions toutes subjectives. Plus importante est l'évolution, mais on ne peut disposer de cet argument que si on examine un épithélioma remanié découvert par le malade depuis longue date. L'important, en fait, est de faire un bon examen clinique et de rassembler les signes négatifs qui permettent d'éliminer les autres affections. Ce qui revient à dire que dans la majorité des cas, il s'agit d'un diagnostic d'élimination auquel il faut penser étant donné les possibilités thérapeutiques. Le diagnostic sera confirmé par l'examen histologique, pratiqué sur la pièce opératoire après exérèse.

De nombreuses affections peuvent se localiser à la loge sous-maxillaire et revêtir une symptomatologie identique.

Certains diagnostics sont évoqués d'emblée dès que l'on voit un malade qui vient consulter pour tuméfaction de la région sous-maxillaire.

Le plus couramment posé est celui d'adénopathie, non pas dans les formes aiguës, où précisément ce caractère élimine la tumeur mixte, mais dans les formes chroniques isolées.

Certes il s'agit d'une tuméfaction plus ou moins solitaire du maxillaire, siégeant au bord inférieur de la mandibule, pratiquement au croisement de l'os par l'artère faciale, mais il est cliniquement difficile de savoir s'il s'agit d'une adénopathie développée dans la loge sous-maxillaire ou d'une tumeur de la glande sous-maxillaire.

Si le diagnostic d'adénopathie est suspecté, il faudra rechercher une étiologie expliquant sa présence :

Accident inflammatoire banal, en rapport avec une infection dentaire qu'il faudra rechercher par un bilan dentaire complet, et en demandant des examens de spécialité ;

Accident infectieux, comme on peut en voir dans la maladie des griffes de chat, mais la notion de contagé et cuti-

réaction antigènes spécifiques lèveront surtout le doute ;
Accident spécifique, il faudra alors éliminer une adénite tuberculeuse sous-maxillaire ; les antécédents et le terrain tuberculeux, à préciser par les radiographies pulmonaires, le tubage. La ponction ramenant un pus caractéristique qu'on fera pousser sur Lowenstein, seront autant d'arguments à retenir ;

Accident syphilitique. L'aspect clinique est différent. Il s'agit en général d'une polyadénopathie, satellite d'un chancre buccal. La gomme syphilitique n'existe pas à ce niveau.

Quoi qu'il en soit, la sérologie sera toujours demandée systématiquement.

Le cancer enfin, où la présence d'un ganglion chronique qui ne fait pas sa preuve, doit faire rechercher chez un adulte un épithélioma au niveau de la cavité buccale. Ce diagnostic sera d'autant plus suspecté qu'il existe une ulcération banale, une leucoplasie, une atteinte de l'état général récente.

En fait, le diagnostic d'adénopathie sous-maxillaire, tout comme celui des adénopathies intra-parotidiennes ne peut être qu'opératoire, toutes les fois que cette adénopathie est isolée, d'où la nécessité de l'examen biopsique extemporané.

Cependant chez certains malades, et dans certains cas, la sialographie peut éclairer le diagnostic, montrant une image de compression intrinsèque, sans préciser naturellement la nature de la compression.

Ailleurs le diagnostic aisément posé, est celui de lithiasie sous-maxillaire, d'autant que cette glande est fréquemment le siège de calculs. Les cas difficiles sont représentés par les manifestations chroniques de la maladie, où le classique tableau lithiasique est peu évocateur ou totalement absent, C'est-à-dire :

Les douleurs (coliques salivaires) ;

Les manifestations herniaires rythmées par les repas ;

La perception de calcul au doigt et à la sonde ;

La goutte de pus à l'ostium du Wharton.

Le diagnostic ne peut se poser que devant des manifestations aiguës se greffant sur la sous-maxillaire chronique lithiasique.

La radiologie cependant est d'un grand secours montrant les calculs qui sont en principe toujours visibles, les calculs dits transparents ne sont le fait que d'un rayonnement trop dur, mais il faut savoir multiplier les incidences ; car un défilé fait ignorer les calculs du canal d'où l'intérêt d'un film occlusal en position de Bonneau.

La sialographie est également précieuse, mais le lipiodol peut enrober le calcul et le masquer.

En fait les diverses investigations aboutissent au diag-

nostic de tumeur de la glande sous-maxillaire et le problème qui se pose est celui de reconnaître :

Un épithélioma au stade de malignité enclose, car on n'attendra pas les manifestations de malignité pour faire une biopsie, afin de préciser le diagnostic ;

Un cylindrome, de fréquence assez grande au niveau de la sous-maxillaire. Plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Du point de vue clinique, un seul symptôme est à retenir, c'est la douleur locale, sans être constante, quand elle existe, elle apporte un élément de différenciation avec les épithéliomas à stroma remanié.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, l'évolution est beaucoup plus sévère.

Mais il s'agit là d'un diagnostic de biopsie.



TRAITEMENT

Il serait aujourd'hui bien peu discutable et aucune raison ne paraît pouvoir être invoquée contre l'ablation de la glande.

Les considérations esthétiques ne devront pas être retenues devant la fréquence des récidives et l'aggravation du pronostic après récidive.

L'opération se pratique sous anesthésie générale, mais elle peut être menée à bien sous anesthésie loco-régionale.

Une incision est faite de 6 à 7 cm, à deux travers de doigt au-dessous du bord basilaire, entamant les plans superficiels franchement jusqu'à la glande. On recherche immédiatement dans l'angle postérieur de l'incision, au-dessous du pôle inféropostérieur de la glande, la grosse veine faciale qui est sectionnée entre deux ligatures.

Puis l'écarteur refoule vers le haut les plans superficiels. On dégage le paquet de vaisseaux faciaux le plus bas possible pour ménager la branche inférieure du facial qui est refoulé. Le pédicule identifié est isolé, lié, sectionné.

On peut décoller la glande qui ne tient plus dans sa loge que par son pédicule vasculaire en arrière et en avant par son prolongement antérieur sus-mylo-hyôidien.

L'artère est liée ainsi que le canal et ses veines satellites.

L'opération est terminée par la suture du peaucier et des téguments sur un drain branché à une bouteille à vide assurant une aspiration continue (Redon). On assiste à des suites opératoires particulièrement brèves et à une qualité de cicatrice que ne donne jamais le vrai drainage, même peu prolongé.



CONCLUSIONS

1 L'épithélioma remanié de la glande sous-maxillaire paraît curable dans la plupart des cas, mais non traité ou insuffisamment opéré, il possède, à longue échéance, un pronostic néanmoins redoutable.

(Obs. 1 et 3.)

.....

2 L'épithélioma remanié de la glande sous-maxillaire est une maladie de l'adulte. L'âge de prédilection semble situé entre trente et quarante ans.

Il paraît se rencontrer dans les deux sexes avec une fréquence égale.

.....

3 Son diagnostic est assez facilement suspecté devant des notions :

De tuméfaction froide ;

Non évolutive ;

Connue de longue date ;

D'intervention antérieure.

Il est plus délicat si l'on voit le malade :

Pour la première fois ;

Pour une tuméfaction de découverte récente.

Car ni les images radiographiques, avec ou sans préparation, ni les caractères cliniques, n'apportent d'éléments de certitude.

Il s'agit en fait :

Cliniquement, d'un diagnostic d'élimination ;

D'une adénopathie ;

D'une lithiasé sous-maxillaire, encore que celle-ci puisse être associée, ou constituer un mode de début (obs. 2) ;

Histologiquement, d'un diagnostic de quasi certitude.

.....

4 L'histogénèse des tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire se confond avec celle des autres tumeurs mixtes.

Pour la plupart des auteurs, elles sont d'origine épithéliale.

5 L'anatomie pathologique est également identique à celle des autres tumeurs mixtes en général.

Et on insistera sur :

La fréquence des tumeurs pluri-focales imposant l'exérèse de la glande, en même temps que de la tumeur, proscrivant ainsi des interventions à minima ;

La difficulté d'interprétation par l'histologiste des coupes proposées, en raison des formes de transition entre :

- Les tumeurs mixtes pures ;
- les tumeurs myoépithéliales ;
- Les cylindrômes ;

La possibilité pour l'histologiste de soumettre au chirurgien l'importance du potentiel évolutif de la tumeur examinée ;

La fréquence des récides de type cylindrômateux dans la localisation à la glande sous-maxillaire en cas d'exérèse de la tumeur.

.....

6 Le pronostic est fonction de la thérapeutique essentiellement chirurgicale.

Actuellement, l'énucléation de la tumeur doit être considérée comme une intervention insuffisante.

Il est nécessaire de pratiquer une sous-maxillectomie d'emblée et totale en un seul temps, par voie exo-bucale.

Intervention facile, non mutilante, laissant une cicatrice souple et non disgracieuse, mettant dans la plupart des cas le malade à l'abri des récides, comme le montre l'évolution.

.....

7 Evolution :

Non traitée : augmentation progressive de volume, portant sur des années, avec possibilité d'évolution maligne ;

Traitée par exérèse de la tumeur : récidence du même type histologique, sous forme de cylindrôme surtout, apportant son évolution propre :

- Evolution rapide ;
- Adénopathie ;
- métastases locales ou à distances : pulmonaire osseuse ;
- Evolution maligne ;
- Traitée par sous-maxillectomie : ici, comme au niveau de la parotide, les tumeurs dites mixtes, traitées par ablation de la glande, ne semblent pas avoir récidivées.

.....

BIBLIOGRAPHIE

- ASH.— Mixed tumors of the salivary gland type ;
Am J. Orth. Oral Surg. Juillet 1948.33 522-531.
- ANTUONO.— Pronostics histologiques des tumeurs mixtes des glandes salivaires ;
Bulletin du cancer. Tome 36 N. 1.1949 (page 40).
- ACKERMAN.— Tumeurs dites mixtes des lèvres ;
Thèse Paris 1952.
- BACLESE.— Les métastases et la radio-sensibilité des cylindromes et des tumeurs mixtes des glandes salivaires.
Bulletin du K.29.N.3 260-274. 1940.
- BAILLEY.— Un cas de tumeur mixte de la glande sous-maxillaire provenant du tissu ectopique ;
Britisch J. Amg M. 1943. 35-1401 431-432.
- BERCHER J., HENAULT, PARRET J.—Tumeur des glandes salivaires ;
E. M. C. Traité de stomato. I. Fasc. 22060.A 10 Déc. 51.
- BOURGUET J. et LE BRANCHU J.— Glande sous-maxillaire. Ablation par endo-buccale ;
Semaine des H. de Paris Sept. 1952 28N.71 2857-2859.
- BARROUX.— Tumeur mixte de la sous-maxillaire ;
Thèse Montpellier.
- BOURDE.— Dégénérescence maligne d'une tumeur mixte de la sous-maxillaire ;
Soc. chir. de Marseille. Décembre 1956.
- CATALANO.— Tumeurs rares des glandes salivaires ;
- CERNEA, ACKERMAN.— Tumeur des lèvres ;
Minerva chir. 15 février 1954.9.
Actualité odonto stomatologique. 25. Page 71. 1954.
- COOK THOMAS.—Mixel tumor of the palate ;
Oral Surg. Vol. II. 1949.
- CLAVET, J. LAVAL, M. HEMOUS.— Epithélioma adénoïde de la glande sous-maxillaire ;
J. Franc. O.R.L. avril-mai 1953.2 N.4 486-483.
- DECHAUME, BONNEAU.— Presse médicale. 25 avril 1951.
- DECHAUME.— Précis de stomatologie ;
Quatre observations de tumeurs à localisation buccale ;
Revue de stomato. T.47.11 page 465.
- DARIN, OLIVIERO Y., HECTOR GHIBANDI.— Tumor mixto glandular sub-maxillar.
S. Medico. 1936. 1364.
- LELANOY, DEVANBEZ, GUIOT.—Cinq cas des tumeurs mixtes des glandes sous-maxillaires.
Lille chirurgicale.. Janvier-février 1955. 10 N.33-36.
- DOCHERTY MB., MAYO CW.— Tumeur primitive de la glande sous-maxillaire et particulièrement des tumeurs mixtes ;
Surg. Gyn. Obst. Juin 1942. 741 N.6. 1033-1043.
- DILANGE E.— Thèse Paris 1933.
- DELARUE.—Les tumeurs soit disant mixtes des glandes salivaires. Leur place dans la pathologie et leur traitement ;
Arch. Méd. Belges 951637-641 décembre 1942 E.M.C. 22. Page 60 A 10.
- FOOTE, FRAZEL.— Tumeur maligne mixte des glandes salivaires majeures ;
Bulletin New York Ad. Méd. May 1954 1402-403.
- GIRAUD J., CH. SITBAU, SUDAKA.— Deux cas de volumineuse tumeur de la glande sous-maxillaire ;
Jour. En. O.R.L. août 1953 IN.5 423-425.
- GRIGOUROFF.— Le problème de la malignité des tumeurs mixtes des glandes salivaires ;
Semaine des Hôpitaux de Paris 27 nov. 1943 N. 44646-647.

- GRIGOUROFF.— Interprétation et classification des tumeurs mixtes des glandes salivaires ;
Semaine des Hôpitaux de Paris, septembre 1952 281 721 2909-2912.
- LACHARD, BREMONT.— Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire ;
Colin O.S. Marseille 1952.
- LEROUX.— Des épithéliomas salivaires dits tumeurs mixtes ;
Revue de stomato. N. 25 14 novembre 1941 1027-1031.
- LEROUX, FRIEZ, VRASSE.— A propos des épithéliomas salivaires dits tumeurs mixtes ;
Revue de stomato 1941 N. 11112. 410.
- LEROUX.— La conception histologique actuelle des tumeurs mixtes de la cavité buccale ;
Revue de stomato 1938.
- LOUSSOUARN.— Thèse janvier 1956.
- MAC FERLAND.— Pronostic histologique des tumeurs mixtes des glandes salivaires ;
Amj. Med. SC. Avril 1952, 203 N. 4.501-520.
- MAC FERLAND.— Three hundred mixes tumors of the salivary glands, of which 69 recurred ;
Surg. Gyn. Obst. 1936. 63-457-469.
- PAYEN.— La biopsie et les excrèses complémentaires ;
E.M.C. 22-114. A. 10. Octobre 1955.
- POLISHER.— Tumeur mixte de la glande sous-maxillaire ;
Presse médicale argentine 27 février 1953. N. 9 532-534.
- PARRET J., MOURGUES F.— A propos d'un diagnostic d'une tuméfaction sous-maxillaire ;
Actualité odonto-stomatologique. Nov.-déc. 1951. 8 N. 6 259-264.
- PIAGET.— Trois cas de tumeur mixte des glandes salivaires non parotidiennes ;
J. Franc. O.R.L. déc. 1953 2-3-776-780.
- PIERT K.— Une tumeur mixte rare de la glande sous-maxillaire ;
Chir. février 1950. 21-2. 116-117.
- REDON.— Chirurgie des glandes salivaires.
- RUPPE.— Sémiologie des affections de la bouche et des dents.
- ROBBINS.— Tumor of the salivary gland origin, so called mixed tumors ;
Surg. déc. 1943. 14 924-930.



TABLE DES MATIERES

Professeurs honoraires	11
I. — Professeurs	11
II. — Professeurs sans chaire, agrégés et maîtres de conférence agrégés	13
III. — Professeurs sans chaire et agrégés	16
Les tumeurs mixtes des glandes sous maxillaires.....	17
Observation n° 1	17
Observation n° 2	22
Observation n° 3	24
Observation n° 4	26
Observation n° 5	29
Observation n° 6	31
Observation n° 7	33
Observation n° 8	35
Observation n° 9	37
Observation n° 10	39
Observation n° 11	41
Observation n° 12	42
Introduction	43
Historique	44
Rappel anatomique	45
Fréquence de la localisation à la glande sous maxillaire	47
Anatomo - pathologie	48
Nature des tumeurs mixtes des glandes salivaires	52
Etiologie	54
Clinique	56
Les examens complémentaires	59
La biopsie	61
Evolution	63
Pronostic	67
Diagnostic différentiel	68
Conclusion	71
Traitement	72
Bibliographie	73



